

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 81

DES
ADÉNOMYÔMES DE L'UTÉRUS

(ADÉNOMYOMES DU CORPS)

ESSAI DE REVUE GÉNÉRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Janvier 1908

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand LOUIS

Né le 17 Septembre 1881, à Metz (Lorraine),
Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1907-1908. — N° 81

DES
ADÉNOMYÔMES DE L'UTÉRUS
(ADÉNOMYOMES DU CORPS)

ESSAI DE REVUE GÉNÉRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Janvier 1908

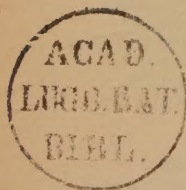
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Ferdinand LOUIS

Né le 17 Septembre 1881, à Metz (Lorraine).

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR
DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LEPINE
Cliniques chirurgicales		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		ROQUE
Médecine expérimentale et comparée		COLLET
Médecine légale		TRIPPIER
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		ARLOING
Pharmacologie		LACASSAGNE
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS,	agrégé
Maladies des voies urinaires	ROCHET.	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	ANCEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	TIXIER	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE
PAVIOT	REGAUD	PATEL	VORON
SAMBUC	ANCEL	J. LEPINE	NOGIER
COURMONT (P.)	COMMANDEUR	LESIEUR	MOUNEYRAT
CHATIN	GAYET	MARTIN (Etienne)	
VIL LARD	MOREL	CAVAILLON	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. POLLOSSON (A.), *Président* ; PAVIOT, *Assesseur* ;
MM. VILLARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Que les circonstances cruelles qui m'enlèvent
l'espoir et le bonheur de pouvoir me reposer
au foyer paternel ne vous affligent pas trop.
Mon devoir m'appelle ailleurs, et, si j'ai fait
ce sacrifice, c'est pour rester fidèle aux tradi-
tions de ma famille et à l'honneur de mon pays.
Je vous dois tout. Acceptez ce travail comme un
faible témoignage de mon affection filiale et
de mon éternelle reconnaissance.*

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A METZ ET A MA CHÈRE LORRAINE

« Tout homme a deux pays, le sien, et puis la France. »

(H. DE BORNIER)

A MONSIEUR LE MÉDECIN-INSPECTEUR RICHARD

Commandeur de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE D^r N. LENTZ

Chirurgien des Hôpitaux Civils de Metz.

Il fut notre premier maître. Nous le prions de croire à notre grande reconnaissance et à notre profond respect..

A MONSIEUR LE D^r E. THOMAS

et à tous les siens

Leur bienveillance et leur inépuisable bonté nous ont créé une dette immense de reconnaissance dont nous sommes heureux de nous acquitter aujourd'hui. Nous avons retrouvé au milieu d'eux, pendant nos trois années d'Ecole, aux heures de liberté qui furent aussi pour nous des heures de bonheur, un peu de cet air réconfortant de notre pays natal.

Qu'ils nous permettent de les remercier ici de tout notre cœur et de leur offrir l'hommage de ce travail, comme un faible témoignage de notre profond et très respectueux dévouement.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

Professeur de Clinique gynécologique à la Charité de Lyon

*C'est toujours avec une attention soutenue et
pleine d'admiration pour un tel maître que
nous avons suivi ses leçons, si claires et si
attrayantes.*

*Il nous fait aujourd'hui le très grand honneur
de présider cette thèse qu'il nous a inspirée.
Nous le prions de croire à notre reconnais-
sance et à notre profond respect.*

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

de Nancy et de Lyon

INTRODUCTION

« Bien que je sois tenté de généraliser ma conception de l'origine des adénomyômes et surtout de discuter sa valeur au point de vue de l'étude des tumeurs en général, je me vois forcé de renoncer à ce désir, et même, ne dois-je pas retarder encore davantage la publication de ce livre. *Habent sua fata libelli!* » C'est en ces termes que Fr. D. v. Recklinghausen termine son travail paru en 1896 et intitulé : « *Die Adenomyome u. Cystadenome der Uterus- und Tubenwandung, ihre Abkunft von Resten des Wolff'schen Körpers.* » Or, les idées comme toute la doctrine de ce grand maître de l'Université de Strasbourg, marquées au coin d'une observation approfondie et tenace, sont de celles qui ne disparaissent pas emportées dans le grand oubli. Sa théorie, en effet, fut la base d'une série de travaux parus depuis cette époque en Allemagne et qui sont devenus classiques ; quelques-uns ont essayé de l'ébranler, mais aucun argument n'est encore assez fort pour la détruire. Qu'il nous soit permis de profiter de l'occasion qui nous est offerte de saluer dans la personne du professeur von Recklinghausen le savant que nous ont fait connaître et apprécier depuis long-

temps ses élèves et dont ils parlent avec respect et un légitime orgueil¹.

En France, au contraire, l'étude des adénomyômes de l'utérus, à part quelques points particuliers (nodosités des cornes utérines par Jayle et Cohn), est à peine ébauchée et n'a pour ainsi dire pas encore été tentée d'une façon méthodique et complète. Partant de là, et, ayant l'attention spécialement attirée sur ce sujet par une série d'opérations qu'il avait été appelé à pratiquer pour des adénomyômes de l'utérus à la Charité de Lyon, M. le professeur A. Pollosson voulut bien nous confier le soin de ce travail que nous avons accepté avec grand plaisir et un vif intérêt malgré les difficultés que l'on nous signalait et que nous avons pu surmonter facilement.

Notre but en écrivant les pages qui suivent n'a pas été de faire une étude critique ou même d'apporter des documents nouveaux au sujet qui nous occupe, mais de faire mieux connaître en France ce que l'on sait ailleurs des adénomyômes ; nous avons essayé, en un mot, de faire une revue générale de la question, un *travail de vulgarisation*, en insistant spécialement sur les adénomyômes du corps de l'utérus. Nous ne prétendons pas avoir tout dit : Chacun des chapitres suivants reste encore ouvert et le dernier mot n'a pas encore été écrit, qu'il s'agisse de l'histogénèse, de l'anatomie pathologique, de l'étude clinique, etc. de ces tumeurs. Nous n'avons fait que poser des jalons et cherché à faciliter

¹ Friedrich Daniel von Recklinghausen est professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Strasbourg depuis 1872.

le travail à ceux qui, jusqu'à présent, n'auraient pas encore osé aborder l'étude de l'une ou l'autre partie de ce vaste sujet. C'est dans cette intention également que nous nous sommes efforcé de donner une bibliographie générale, et par endroits spéciale, aussi complète et exacte qu'il nous était possible de le faire¹. Nous indiquons enfin les meilleures sources étrangères où pourront puiser ceux que cette étude des adénomyômes de l'utérus intéresserait.

Nous regrettons d'avoir été obligé, par des circonstances indépendantes de notre volonté, de rédiger ce travail en un espace de temps beaucoup trop court et nous demandons respectueusement à ceux qui nous jugeront une grande et loyale indulgence.

Tous nos sincères remerciements vont à M. le Dr Violet, moniteur de la clinique gynécologique, qui ne nous a ménagé ni ses conseils, ni son concours, ainsi qu'à M. le Dr Jamin, chef de clinique, qui a bien voulu mettre à notre disposition les deux gravures qui sont reproduites dans notre travail.

¹ Ne pas confondre W. A. Frund (Wilhelm Alexander), professeur et directeur de la clinique d'obstétrique et de gynécologie, depuis 1879, à l'Université de Strasbourg (Alsace), qui rédigea les remarques cliniques annexées au travail de v. Recklinghausen, avec H.-W. Freund (Hermann-Wolfgang), qui fut interne de v. Recklinghausen, de Schröder et du précédent, et qui, depuis 1894, est directeur du cours des sages-femmes et professeur à la même Université.

DES
ADÉNOMYÔMES DE L'UTÉRUS
(ADÉNOMYOMES DU CORPS)

ESSAI DE REVUE GÉNÉRALE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'étude des adénomyômes a pris naissance en **Allemagne**. C'est dans ce pays qu'elle acquit ce développement considérable que nous lui connaissons aujourd'hui donnant lieu à de nombreux travaux et parfois à de vives polémiques.

« Jusqu'à ces dix dernières années, écrit SCHICKELE en 1904, il n'y avait parmi les nombreux cas de myômes kystiques de l'utérus que quelques-uns qui méritaient une attention spéciale. Contrairement à l'habitude, ces kystes présentaient un revêtement épithélial, à cellules cylindriques, en partie ciliées. »

BABESIU en 1882 attire le premier l'attention sur l'existence d'inclusions épithéliales dans des myômes ordinaires de l'utérus restant cliniquement bénins. Il décrivit un myôme qui avait environ la grosseur d'une

pomme, interstitiel, siégeant au niveau du fond de l'utérus, chez une femme de quatre-vingt-onze ans. Ce myôme renfermait de nombreux kystes à épithélium cylindrique bas. Ces kystes proviendraient de germes embryonnaires qui auraient proliféré. Après lui, DIESTERWEG (*Cystofibroma uteri verum*, 1883) trouve dans deux polypes de la face postérieure de l'utérus, l'un de la grosseur d'une cerise, l'autre du volume du poing, enlevés successivement à deux ans d'intervalle chez la même malade, des cavités kystiques revêtues d'un épithélium cylindrique à cils vibratils et renfermant du sang brun noirâtre. SCHATZ, en 1884, découvre un myôme volumineux renfermant des glandes et des kystes avec un épithélium analogue aux précédents. Pendant longtemps ce furent les seuls cas décrits avec assez d'exactitude. SCHROEDER (1889) a vu également des polypes kystiques dont la cavité était tapissée d'un épithélium cylindrique en partie vibratil (C. Ruge). Pour ces auteurs, ces kystes semblent provenir de glandes utérines qui se seraient isolées. ORTH, dans son *Traité d'anatomie pathologique* (1893), considère les myômes utérins avec inclusions glandulaires comme une « extrême rareté ».

Nous voyons donc que, jusqu'aux premiers travaux de v. RECKLINGHAUSEN (1893), on faisait dériver les adénomyômes de germes épithéliaux muqueux d'origine congénitale et peut-être même d'inclusions glandulaires post-fœtales, les glandes ayant pénétré profondément dans le muscle utérin et s'étant séparées secondairement de leur point d'attache. BREUS (1894) avait émis une autre hypothèse et, pour lui, les adéno-

myômes de l'utérus, principalement ceux dont les glandes débouchent dans la cavité utérine, dériveraient de débris du canal de Wolff.

Mais c'est à v. RECKLINGHAUSEN que revient le mérite d'avoir attiré tout spécialement l'attention sur ce genre de tumeurs, d'en avoir fixé *le siège et le mode de développement* dans l'appareil génital de la femme. Le 10 septembre 1891, il assistait à une opération à laquelle l'avait invité le professeur W. A. FREUND, désireux d'avoir son avis. « En effet, depuis plusieurs années, écrit Freund, j'étais frappé, en suivant l'évolution clinique, ainsi qu'au moment de l'opération, de voir que certains cas de myômes ne rentraient pas dans le cadre habituel de l'affection. » Il s'agissait d'un cas de ce genre ! On trouva une tumeur fortement adhérente (ce qui rendit l'opération très difficile). A la coupe (v. RECKLINGHAUSEN), elle présentait de nombreuses petites cavités ; elle n'était pas énucléable et l'on n'apercevait pas de limite nette entre elle et le tissu utérin voisin ; il s'écoulait de ces petites cavités un liquide sombre.

A la suite de cette opération, v. RECKLINGHAUSEN entreprit de nombreuses recherches très approfondies et rapporta ses conclusions dans deux articles parus, l'un en 1893 (*Deutsche mediz. Wochenschrift*) et l'autre en 1895 (*Wien. klin. Woch.*). Mais ce n'est qu'en 1896 qu'il publia son travail fondamental. « Les adénomyômes des parois de l'utérus et de trompes ayant pour origine les débris du corps de Wolff » et dans un appendice annexé à l'ouvrage, nous trouvons des « Notes cliniques sur les adénomyômes volumineux de l'utérus

par W. A. FREUND¹. » Se basant sur l'examen d'un nombre de pièces très considérable, il émit l'hypothèse géniale que l'on avait affaire, dans le cas d'adénomyômes de l'utérus et des trompes, à des tumeurs organoïdes qui proviendraient de débris du corps de Wolff, spécialement du paroophoron (WALDEYER). Obligé de faire quelques concessions à ses adversaires tandis que son travail était en cours d'impression, il partagea ses adénomyômes en deux classes embryologiques différentes : a) ceux qui sont situés dans les couches périphériques de la paroi utérine proviennent du corps de Wolff et sont fréquents ; b) ceux qui sont interstitiels et siègent sur la paroi antérieure ou latérale, étant des adénomyômes muqueux et plutôt rares. Ces derniers en particulier peuvent se transformer en cancer. La théorie de v. RECKLINGHAUSEN eut d'abord des partisans tels que PICK, v. HERFF, ITO, PFANNENSTIEL, ASCHOFF, HARTZ, etc.

Un an après la publication de la monographie de V. RECKLINGHAUSEN, KOSSMANN dans une « étude critique » discute cette théorie et cherche à démontrer que les inclusions glandulaires viennent, selon toute vraisemblance, des conduits de MÜLLER. A cette théorie se rattachent : HAUSER, RICKER, R. MEYER, v. LOCKSTAEDT, RIBBERT, STEIN, LUBARSCH, etc.

Le problème se complique encore davantage quand, en 1898, paraît un cas de O. v. FRANQUÉ. Celui-ci trouva dans la paroi tubaire, chez une femme souffrant

¹ Voir l'analyse de ce travail in *Annales de gyn.* 1896, XLVI, p. 60-71. Trad. Labusquière.

depuis un certain temps de troubles périmétriques, de nombreuses formations glandulaires et kystiques, présentant une disposition caractéristique. Elles étaient surtout développées dans les couches périphériques et se poursuivaient au niveau des adhérences. L'auteur considère cet aspect comme identique aux néoproductions que v. RECKLINGHAUSEN rapporte à des débris du mésonéphros et voit dans les nombreuses communications avec la lumière de la trompe une preuve de l'origine muqueuse de ces formations siégeant dans la paroi tubaire. La preuve irréfutable de l'origine *acquise* et non congénitale de ces glandes et kystes reposerait sur l'existence d'une ancienne inflammation chronique (tuberculeuse). — Peu de temps après, à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Berlin. GOTTSCHALK et OPITZ admettent également pour leurs adénomyômes une origine identique.

Nous assistons à partir de ce moment à une lutte en règle entre les différents partis, chacun soutenant une origine qui lui semble la plus probante. On invoque tour à tour le corps de Wolff, le canal de Müller, le canal de Gartner (Wolff), l'origine muqueuse congénitale ou post-fœtale, enfin, même l'origine séreuse avant comme après la naissance (ASCHOFF, OPITZ, HEINE, RIBBERT, NEBESKY, FÜTH, v. FRANQUÉ).

Quant à l'origine Gartnérienne, elle n'est pas douteuse. Il se forme surtout des kystes. Le diagnostic se base sur la localisation et la structure des tumeurs. Le plus beau cas est celui de KLEIN (1890). Il trouva chez une petite fille, à la naissance, l'utérus et le vagin cloisonnés; le long de l'utérus droit, il y avait un kyste

qui s'étendait jusqu'au tiers supérieur du vagin, environ. — AMANN, R. MEYER, BURCKHARDT citent des cas analogues. Il faut mentionner l'étude d'ensemble de VASSMER (*Arch. f. Gyn.*, 1900, LX), les cas de v. HERFF et de THUMM.

Le dernier travail paru sur les tumeurs mésonéphrétiques est de R. MEYER : *Eine unbekannte Art von Adenomyomen des Uterus mit einer kritischen Besprechung der Urnierenhypothese v. Recklinghausen's*. L'auteur considère la tumeur qu'il décrit comme un adénomyôme provenant de fragments du rein primitif ou du canal de Wolff à la suite d'une transposition embryonnaire inconnue, et imitant à la perfection la structure organoïde des canalicules du rein primitif. — R. MEYER a souvent changé d'opinion dans le courant de ses recherches faites pendant de longues années, et, « il n'y a rien d'étonnant à cela, car plus d'un, comme le dit très justement SCHICKELÉ, fut obligé de le faire dans cette question si compliquée. » Et c'est ainsi qu'il vient nous apprendre dans son article sur les adénomyômes du *Traité de Gynécologie de J. Veit* (1907) que beaucoup de ceux-ci ne sont pas de véritables tumeurs (car il en a vu regresser) et ne peuvent pas toujours être différenciées de l'endométrite glandulaire hyperplasique. — On tend à l'heure actuelle à attribuer aux adénomyômes plus souvent qu'autrefois une origine inflammatoire ou acquise, sans nier l'existence évidente pour certains d'une origine congénitale.

Ce n'est pas seulement au niveau du *corps*, parfois, quoique rarement, au niveau du *col*, mais encore et surtout des *cornes de l'utérus*, que l'on a rencontré ces

sortes de tumeurs. MECKEL, KLEBS ne font que les observer sans les étudier. Il faut arriver au travail de CHIARI en 1887, qui relate sept cas, avec examen anatomo-pathologique, de nodosités de l'extrémité interne des trompes ayant les caractères histologiques de l'adénomyôme. — En 1888, SCHAUTA publie 18 cas. L'auteur insiste sur la bilatéralité et la symétrie des nodosités. Leur origine est inflammatoire, le plus souvent gonococcienne. — V. RECKLINGHAUSEN dans son travail cité plus haut distingue deux variétés : 1° les adénomyômes durs, blancs, où le tissu musculaire prédomine quelquefois ; 2° les adénomyômes tégumentaires ou angiomateux. Il insiste sur la coïncidence de malformation des trompes et des organes voisins et attribue à ces tumeurs une origine congénitale aux dépens de débris embryonnaires du corps de Wolff comme pour celles du corps.

V. LOCKSTAEDT, RICKER, HAUSER, DIESTERWEG admettent des inclusions embryonnaires du canal de Müller.

ALTERTUM, GOTTSCHALK, OPITZ, KLEINHANS, SCHOTTLÄNDER, v. FRANQUÉ, RIBBERT se font les défenseurs de l'origine inflammatoire aux dépens de la muqueuse tubaire.

Citons encore parmi les auteurs qui ont étudié les adénomyômes des cornes utérines MARTIN et ORTHMANN, WÜLFING, KEHRER, MUSKAT, SHEUMANN.

Comme autre siège des adénomyômes nous avons les *ligaments ronds* (PFANNENSTIEL (1897), BLUHM, ENGELHARDT, F. WEBER, EMANUEL, etc.) — les *ovaires* (KÖLLIKER, BÜHLER et surtout v. FRANQUÉ, NEUMANN, RUSSELL, v. BABO, VASSMER.) — HARTZ fait même dériver

une tumeur kystique de la paroi abdominale postérieure du corps de Wolff.

« En somme, d'après SCHICKELÉ, les principaux points du tractus génital de la femme où l'on peut rencontrer des débris du rein primitif peuvent également être le siège des adénomyômes, tels sont : la paroi postérieure et le fond de l'utérus, le cul-de-sac vaginal postérieur, le tiers supérieur de la cloison recto-vaginale, la paroi abdominale postérieure, le trajet du ligament rond, la région inguinale jusqu'au voisinage de la grande lèvre, l'emplacement de l'époophoron, tout le trajet des trompes. »

Au point de vue *clinique*, nous voyons après W.-A. FREUND, d'autres auteurs tels que POLANO, v. ROSTHORN, KUDOH, FUNKE chercher à tracer un tableau caractéristique des adénomyômes de l'utérus, mais tous reconnaissent la difficulté réelle d'une telle entreprise et « c'est ainsi que le diagnostic d'adénomyôme sera, disent-ils, rarement posé avec certitude, à quel qu'endroit que siègent ces tumeurs ».

Enfin, on a constaté au niveau des adénomyômes des *transformations* kystiques, cancéreuses (BABESIUS (1882), v. RECKLINGHAUSEN, ROLLY et DILLMANN), voir même tuberculeux (v. RECKLINGHAUSEN, ALTERTUM, v. FRANQUÉ et surtout GRÜNBAUM (1907).

Tout le monde reconnaît avec W.-A. FREUND (1896) que l'hystérectomie abdominale totale seule peut soulager les malades porteurs de ces tumeurs ¹.

¹ La liste des auteurs qui se sont occupés de cette question en Allemagne augmente tous les jours. Nous renvoyons le lec-

En **Amérique**, PRUDDEN (1897), BLUMER, HIRST, GRAVES (1896) étudient ou publient des cas d'adénomyômes. — ARCHAMBAULT et PEARCE en 1906 rapportent un cas de tuberculose associé à un adénomyôme.

CULLEN, T. S. (1903), fait une excellente étude¹ anatomique et clinique des adénomyômes de l'utérus, du ligament rond; il envisage leur origine, leur évolution, l'état des trompes et des annexes, le tout illustré de nombreuses figures. Il décrit ainsi une série de cas qu'il observa à la clinique de gynécologie de l'hôpital John Hopkins à Baltimore. En ce qui concerne l'origine des adénomyômes de l'utérus, Cullen admet que : tous ceux dans lesquels les éléments glandulaires ressemblent à ceux de la muqueuse utérine et qui sont entourés d'un stroma, ayant les caractères de celui qui entoure les glandes utérines normales, tirent l'origine de ces formations épithéliales de la muqueuse utérine ou du canal de Müller, que les tumeurs soient interstitielles, sous-péritonéales ou intra-ligamentaires, dures ou kystiques. — Quant aux adénomyômes qui provien-

teur à notre bibliographie générale et nous recommandons spécialement (à la suite de R. Meyer), parmi plusieurs rapports, ceux de Lubarsch, Aschoff, Hartz et Schickele; le rapport de Schickele, où l'auteur défend les idées de son maître, v. Recklinghausen, est celui qui, jusqu'à présent, est le plus complet au sujet des tumeurs mésonéphrétiques. Il faut citer d'autre part, les *Traité d'anat. pathol. de Borst, de Ribbert*; l'article de R. Meyer dans le *Traité de gynécologie de J. Veit* (T. I, chez Bergmann 1907) ainsi que dans les *Ergebnisse der allg. Path.*, IX. 2, 1903. Dans tous ces ouvrages ou articles, on trouvera une bibliographie exacte et très complète.

¹ Cullen, T. S. *Adenomyome des Uterus*, A. Hirschwald, Berlin, 1903, 91 pages.

nent de la portion utérine de la corne de l'utérus, Cullen, d'accord avec R. MEYER (Berlin), pense que la majorité de leurs éléments glandulaires proviennent de la muqueuse utérine, tandis que les cavités analogues à des glandes que l'on trouve dans les adénomyômes provenant de la partie tubaire de la corne proviennent en grande partie d'excroissance de la muqueuse tubaire. — Les adénomyômes du ligament rond auraient une origine müllérienne.

BALDY et LONYCOPE (1902), en **Angleterre**, admettent pour la plupart des adénomyômes de l'utérus une origine muqueuse et inflammatoire. — CAMERON, MURDOCK et LEITSCH, ARCHIBALD (1904) considèrent l'hystérectomie abdominale totale comme seul traitement de nos tumeurs, étant donné la possibilité d'une dégénérescence cancéreuse. — ANSPACH, TATE WALTER, TAYLOR nous rapportent des observations d'adénomyômes. — WITHRIDGE WILLIAMS (1905) admet une origine muqueuse pour les formations épithéliales, pour le reste le canal de Müller.

Depuis quelques années plusieurs auteurs se sont mis à l'étude des adénomyômes, **en Italie**, tels sont CARL (1900), CARUSO (1901), CORDARO (1903). E. SANTI (1904) rapporte deux cas d'adénomyômes de l'utérus.

Dans le premier cas on note : femme vierge de quarante-quatre ans ; myomatose diffuse de l'utérus. Dans le tissu myomateux, on trouvait disséminés des tubes glandulaires, la plupart diversement ramifiés, avec épithélium cylindrique simple. Ils étaient entourés d'un tissu conjonctif jeune très analogue au stroma de la muqueuse utérine. La muqueuse utérine présentait une hyperplasie glandulaire. — Dans un second cas, nous avons affaire à une multipare de quarante-six ans. Myômes interstitiels multiples

avec tubes glandulaires revêtus d'un épithélium cylindrique simple, parfois cubique, présentant de nombreuses dilatations kystiques. Tissu conjonctif jeune périglandulaire. Muqueuse utérine normale.

VARALDO (1905) décrit un cas d'adénomyôme de l'utérus dans lequel cette tumeur était constituée par deux nodules isolés inclus tous deux dans le myomètre. Ils auraient, d'après lui, une origine müllérienne.

En Russie, ULEZKO-STROGANOVA (1897) décrit une tumeur kystique du ligament rond. IVANOFF s'est tout particulièrement attaché à l'étude des adénomyômes. En 1897, il rapporte un cas d'adénofibromyôme kystique compliqué de sarcome et de cancer à la fois. Nous avons de lui, surtout, une thèse parue à Saint-Petersbourg en 1897, *les Adénomyômes de l'utérus*. IVANOFF a examiné 62 cas de myômes sans compter des myômes volumineux ; sur ce chiffre, il y en avait 47 sous-séreux, 14 interstitiels et 1 sous-muqueux. En se basant sur ces recherches, l'auteur formule les conclusions suivantes : 1° la grande majorité des myômes de l'utérus ne contient pas du tout de formations lymphatiques (*lisez glandulaires*) ; 2° dans les cas où les myômes contiennent des formations lymphatiques, celles-ci peuvent exercer une action irritante sur les tissus voisins ; 3° les formations lymphatiques observées dans les myômes ont l'aspect de tubes et de kystes ; ces derniers dérivent des premiers par dilatation. Les uns et les autres sont revêtus d'un épithélium cylindrique ; 4° les adénomyômes peuvent être formés par la pénétration de l'épithélium de la séreuse qui devient cylindrique.

En France, enfin, les adénomyômes de l'utérus ont été jusqu'à présent encore très peu étudiés et la littérature française est très pauvre à ce sujet. On s'est d'abord appliqué à l'étude des adénomyômes des *cornes utérines* BARABAN en 1891 donne une description histologique très détaillée d'un cas de nodosités bilatérales des cornes utérines qu'il a observé. Il croit que ces tumeurs sont d'origine muqueuse et que le développement du myôme tubaire a donné un coup de fouet à l'élément épithélial isolé par le fait de la néoformation musculaire. « Les nodosités des cornes utérines de la portion interstitielle sont presque inconnues en France, écrivent JAYLE et COHN ; Pozzi y fait allusion en quelques lignes dans la quatrième édition de son *Traité de gynécologie*. » Nous devons à JAYLE et COHN une étude très approfondie des nodosités des cornes utérines dans la *Rev. de Gyn.* de 1901, p. 381. Vint ensuite la même année la thèse de M^{lle} THÉOPHILA COHN sur le même sujet ; entre autres conclusions, nous trouvons que cette affection ne se traduit par aucun signe pathognomonique. La nodosité adénomyomateuse est considérée par les anatomo-pathologistes soit comme acquise, soit comme une tumeur congénitale, développée aux dépens des débris du corps de Wolff ou du canal de Müller.

D'autre part, en ce qui concerne les adénomyomes du *corps de l'utérus*, nous n'avons que des relations ou travaux qui sont loin d'être complets. LEGUEU et MARIEN en 1896 et 1897 publient deux articles où ils relatent l'existence d'éléments glandulaires dans les fibromyômes de l'utérus et montrent le rôle de l'inflammation dans le développement de cette variété de

tumeur. Ensuite paraissent successivement la thèse de HYENNE sur *les Dégénérescences des fibromyômes de l'utérus* (1897-1898), celle de CLAISSE (1900) *Recherches sur le développement des fibromyômes et des adénomyômes de l'utérus*; en outre, un article du même auteur, sur le *Développement des adénomyômes utérins de nature inflammatoire*. La même année, BARABAN et VAUTRIN rapportent « un cas de tumeur fibro-kystique du col utérin d'origine congénitale ». PIQUAND (1905), dans sa thèse sur *les Dégénérescences des fibromes de l'utérus*, étudie « l'origine des éléments glandulaires » dans les fibromyômes et leurs dégénérescences.

AUGIER et DELASSUS, de Lille (1905), rapportent un cas d'adénomyôme occupant toute la paroi postérieure de l'utérus avec tendance à la transformation kystique. Le point de départ de la prolifération glandulaire siège dans la muqueuse utérine. La tumeur fut enlevée par l'hystérectomie totale « sinon, disent ceux-ci, elle aurait pu subir la transformation épithéliomateuse », ROCHE à Bordeaux, à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, le 23 janvier 1906, présente un adénomyôme de la face postérieure du col de l'utérus, provenant d'une femme de quarante-quatre ans. L'examen microscopique a été fait et on note ce fait rare, de l'encapsulement. Le rapporteur admet un point de départ muqueux. Enfin, S. POZZI, le premier, en France, fait mention, dans son *Traité de gynécologie* (4^e édit. 1907, t. I, p. 491) de l'existence des adénomyômes de l'utérus dont il résume brièvement la question.

CHAPITRE II

DÉFINITION

« Il faut tout d'abord admettre, dit R. Meyer¹, que de nombreux soit-disant *adénomyômes* n'appartiennent pas dans un sens strict à la catégorie des formations néoplasiques et que ce sera un devoir essentiel de l'avenir de trouver un signe de différenciation, que l'on n'a pas encore pu trouver, même approximativement, entre les états inflammatoires hyperplasiques (adénomyosite de l'utérus, adénomyométrite) et les tumeurs. L'adénométrite se comporte donc vis-à-vis de l'adénomyôme vrai comme la simple myométrite vis-à-vis du myôme. Pour le moment, nous devons penser que cette ligne de démarcation ne sera pas absolue.

Ajoutons à cela que la teneur en parties épithéliales, même dans les tumeurs véritablement myômateuses, présente une condition et une signification essentiellement variables. Elle peut être quelque chose d'accessoire tant au point de vue quantitatif (Pick) que qualitatif. Il faut alors précisément que les éléments épithéliaux prolifèrent simultanément comme une tumeur, sinon le terme d'adénomyôme est aussi illogique que celui de fibromyôme pour les myômes avec

¹ In Veit's *Handbuch der Gynäk*, 1907, t. I p. 427.

un tissu de soutien fibreux ou de fibrocancer pour le squirre. Cette distinction théorique est absolument nécessaire pour pouvoir étudier plus à fond cette question, quoique nous ne puissions pas encore établir de diagnostic anatomique différentiel précis.

Il ne devrait d'ailleurs pas être permis dans beaucoup de cas de donner comme preuve de la nature adénomyomateuse d'une tumeur ce fait que les tissus musculaires et glandulaires prennent tous les deux part à la formation néoplasique. En effet, il n'y a pas que le myôme en voie de développement qui puisse inclure quelques parties épithéliales passives, mais des tubes glandulaires qui s'hyperplasient par inflammation peuvent proliférer en même temps que le myôme dans la paroi utérine, être entourés par celui-ci et finalement même pénétrer dans cette tumeur complètement développés (faits rapportés par l'auteur), sans que l'on puisse dans ces cas parler de formation néoplasique épithéliale.

Partant de là, beaucoup d'adénomyômes décrits jusqu'à présent ne sont pas des tumeurs mixtes, mais en partie des myômes avec des inclusions inflammatoires hyperplasiées de tissu glandulaire, en partie des myômes avec des îlots épithéliaux accidentels et accessoires, en partie surtout non des myômes mais des proliférations inflammatoires de glandes dans le tissu musculaire (v. Franqué). Par conséquent, les véritables tumeurs mixtes, faites de tissus adénomateux et myomateux, sont rares au niveau de l'utérus. Il est encore plus difficile, cependant, de trouver dans les adénomyômes des analogies, avec les tumeurs *fibro-épithé-*

liales comme les désigne Ribbert, dans lesquelles les deux tissus sont dans des rapports de dépendance réciproques et qui, par suite, présentent une structure concordant dans tous les points essentiels avec celle des organes normaux correspondants. Il faut considérer exclusivement ces tumeurs comme des formations organiques atypiques (*organoïde Fehlbildungen.*) (Albrecht.) C'est ainsi que v. Recklinghausen avait considéré primitivement la plupart des adénomyômes des organes génitaux de la femme, en les comprenant sous le terme de tumeurs paroophorales.

Au point de vue pratique, il est également nécessaire de faire la distinction entre l'adénomyosite hyperplasique et les véritables formations néoplasiques, vu que la première régresse très souvent aussitôt que cesse la cause qui provoque l'inflammation, tandis que les véritables tumeurs, avec une nutrition suffisante, continuent à s'accroître, sans avoir besoin d'être irritées à nouveau. Posons donc en principe, conclut R. Meyer, que l'on rencontre très rarement de véritables tumeurs parmi les adénomyômes des angles tubaires et que cette lésion régresse très souvent, jusqu'à ne laisser que des traces insignifiantes (v. Franqué); le même fait n'est pas rare également pour l'adénomyosite de l'utérus, ce dont je me suis rendu compte sur l'utérus sénile. »

Ceci posé, nous définirons avec v. Recklinghausen les « *Adénomyômes ou myoadénomes, des tumeurs bénignes mixtes, constituées par un stroma conjonctivo-musculaire renfermant de véritables glandes, tumeurs qui se transforment en kystadénomes dès*

qu'elles donnent lieu à la formation de kystes que leur épithélium cylindrique de revêtement permet de faire dériver de ces éléments glandulaires¹.

Les éléments glandulaires de ces tumeurs sont exclusivement des glandes utriculaires ou tubulaires qui, par leur forme et la nature de leur épithélium, se rapprochent des glandes de Lieberkühn, des canalicules urinaires, et surtout des *glandes utérines*.

Ces tumeurs ont été rencontrées dans tous les points de l'appareil génital de la femme. Elles peuvent être d'origine congénitale, consécutives, par exemple, à l'inclusion de canalicules du corps de Wolff ou de Müller, mais plus souvent elles semblent être d'origine franchement inflammatoire. Elles prennent alors naissance au niveau de la muqueuse utérine hypertrophiée par pincement de prolongements de celle-ci, par enclavement, puis prolifération des culs-de-sac glandulaires ainsi isolés. Ces centres adénomateux donnent alors lieu à une prolifération simultanée des faisceaux musculaires circonvoisins : l'adénomyôme est constitué. Ces tumeurs ne sont pas entourées de capsule propre ainsi que les fibromyômes.

Les adénomyômes peuvent également se développer dans la corne utérine par pincement et enclavement d'une portion de la muqueuse tubaire qui donne ainsi des formations pseudo-glandulaires proliférantes. (Claisse, *in Rev. de chirurgie*.)

¹ V. Recklinghausen laisse de côté dans son travail les myômes kystiques par liquéfaction, ramollissement du tissu musculaire ou par dilatation des espaces lacunaires ou des vaisseaux lymphatiques.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ÉTUDE D'ENSEMBLE DES CARACTÈRES MACROSCOPIQUES ET MICROSCOPIQUES DES ADÉNOMYOMES DE L'UTÉRUS

A. Caractères macroscopiques. — L'observation clinique montre qu'ils se rencontrent principalement dans les portions du canal génital pourvues de couches musculaires puissantes, telles que le corps de l'utérus en tant que région qui fournit presque exclusivement l'assise ou matrice des tumeurs fibreuses (v. Recklinghausen).

Les adénomyômes se distinguent des myômes ordinaires, lesquels ont une forme arrondie, bien délimitée (myômes sphériques, « Kugelmyomen ») en ce qu'ils se continuent sans ligne de démarcation nette avec le tissu utérin voisin ; ils donnent l'impression de « fibroïdes utérins infiltrés » (infiltrirte Uterusfibroïde). On ne peut les énucléer, ils sont *dépourvus de capsule*.

Au point de vue de la *fréquence* des adénomyômes, v. Recklinghausen ne donne pas de renseignements précis à ce sujet. Ricker sur 35 myômes a trouvé 5 adénomyômes, v. Lockstaedt sur 31 préparations ne les a rencontrés que 7 fois. Mais on peut admettre que ces

tumeurs sont plus fréquentes qu'il ne semble ressortir des données ci-dessus. En effet, il est hors de doute qu'à l'examen macroscopique et microscopique (celui-ci n'étant jamais fait très complètement) on puisse laisser échapper quelques adénomyômes. Quoi qu'il en soit, s'il n'est pas possible de donner une statistique, on peut d'ores et déjà affirmer que les adénomyômes ne sont pas des raretés parmi les tumeurs, quoique leur nombre soit minime eu égard à la grande fréquence des myômes dépourvus d'épithélium. Cullen a trouvé, sur 700 myômes ordinaires de l'ulcère, 19 adénomyômes du corps.

Il est remarquable de voir que ces tumeurs coïncident souvent avec des *malformations* de l'utérus et des trompes. V. Recklinghausen a, le premier, nettement insisté sur ce fait.

V. Lockstaedt a trouvé dans un cas, un utérus bicorne, dans l'autre, une atrésie de l'orifice du vagin avec d'autres malformations.

En général, les adénomyômes de l'utérus *siègent* à la face postérieure et peuvent occuper jusqu'au fond de l'organe (Babesiù, Orloff, etc.). Ils siègent plus rarement dans le cervix et la paroi antérieure. Ils peuvent même envahir toute la paroi utérine, constituant ainsi une virole puissante. Mais alors ce ne sont plus des tumeurs au sens strict du mot, et leur origine nettement inflammatoire apparaît clairement.

Ils sont rarement sous-muqueux ou sous-péritonéaux, le plus souvent interstitiels (v. plus loin.)

Ils siègent souvent, surtout dans le stratum vasculaire, sans que leur extension soit pourtant nettement

liée à la marche des vaisseaux sanguins (v. Recklinghausen.)

« Tantôt ils naissent de centres générateurs et constituent des masses considérables, de préférence dans le stratum vasculaire et dans les couches *périphériques* de la paroi, tantôt ils dérivent de plusieurs foyers, ont des centres de génération nombreux et voisins. Dans ce cas, ils n'ont pas de ligne de démarcation nette avec les tissus voisins, et ne se cantonnent pas dans des couches spéciales de la paroi de l'utérus. Ils peuvent même s'étendre jusque dans les couches les plus profondes de la matrice, des trompes et alors donner lieu à des tumeurs *centrales* (« centrale Tumoren. ») (V. Recklinghausen, p. 95.)

Leur *coloration* est d'un blanc rosé, moins claire d'ordinaire que celle des fibromyômes.

Leur *volume* est variable, habituellement petit, parfois considérable. Ces tumeurs peuvent dépasser le volume d'une tête d'enfant. D'après Kudoh, il l'aurait trouvé dans 11,1 pour 100 de cas. Sinon, elle peut avoir la grosseur d'une tête d'enfant dans 23,6 pour 100 des cas et surtout être plus petite, dans 65,3 pour 100. D'ailleurs, v. Recklinghausen les distingue en adénomyômes petits et adénomyômes volumineux. Les petits siègent de préférence dans les couches périphériques, les plus volumineux dissocient les éléments de la paroi et finissent par devenir intrapariétaux. L'utérus est généralement augmenté de volume en totalité (65,7 pour 100), parfois, à certains endroits seulement (34,3 pour 100).

La *surface* de la tumeur est unie ou à peu près

dans 77 pour 100, bosselée, etc. dans 23 pour 100 des cas (Kudoh). De nombreuses *adhérences* recouvrent l'utérus et la tumeur par suite d'un processus inflammatoire chronique (89,5 pour 100). Ce n'est que dans 10,5 pour 100 des cas, que Kudoh a trouvé la tumeur libre.

La *consistance* des adénomyômes de l'utérus est variable. En général, elle est assez molle; d'après Kudoh, elle serait surtout dure (85,7 pour 100), quelquefois molle ou relativement molle (14,3 pour 100). V. Recklinghausen divise¹ à ce sujet les adénomyômes en : 1° *durs*; le tissu musculaire néoformé et le tissu conjonctif interfasciculaire y dominent ; 2° *kystiques* ; cavités nombreuses macroscopiquement constatables ; 3° *mous*; tissu adénomateux très développé avec des *îlots*, bien visibles à l'œil nu, formés en partie de tissu glandulaire et de tissu connectif cytogène, abondant, mais avec très peu de kystes ; 4° les plus mous, constitués par du tissu adénomateux, richement vascularisé, à peu près dépourvus de kystes, et auxquels l'épithète : *télangiectasiques*, ou même angiomateux peut être appliquée. Les adénomyômes durs siègent, en général, seulement à la périphérie de la paroi utérine (exception : foyer central du cas IV b). Par contre, les adénomyômes mous et surtout ceux qui sont télangiectasiques occupent de préférence les couches centrales. Cette distinction n'implique pas une origine différente (v. Recklinghausen).

En examinant de près, on voit parfois un grand nom-

¹ V. Recklinghausen. *Die Adenomyome*, etc., p. 91 en bas.

bre de *petites lacunes punctiformes*, culs-de-sac glandulaires, qu'il serait d'ailleurs difficile de distinguer à l'œil nu de la coupe des petits vaisseaux. Mais il est encore fréquent d'y trouver des *cavités kystiques* bien visibles sans le secours d'aucun instrument.

B. Caractères microscopiques. — Il faut distinguer au point de vue histologique dans les adénomyômes de l'utérus des îlots glandulaires indépendants les uns des autres, plus colorés, formant le centre de la tumeur, renfermant des culs-de-sac glandulaires, au milieu de faisceaux musculaires qui les environnent.

« Au premier coup d'œil, écrit v. Recklinghausen (p. 96) que nous jetons sur une coupe de tumeur examinée au microscope, nous avons l'impression d'avoir devant nous des éléments d'un organe glandulaire connu, c'est-à-dire des canaux glandulaires du rein primitif ou du corps de Wolff. Nous reconnaissons de suite, malgré la diversité des dispositions, le type spécial, caractéristique, de l'organe en question, nous ne reconnaissons pas seulement des canaux glandulaires de glandes en tubes placés indistinctement l'un à côté de l'autre, mais encore une loi qui préside à leur agencement, non seulement un genre unique de tissu, mais plusieurs, enfin ces rapports et cette texture bien réglés qui marquent l'ordre le plus élevé, l'organe. C'est ainsi que nous sommes convaincus d'avoir affaire à une tumeur organoïde (Virchow) que nous devons séparer des tumeurs plus simples, histoïdes, en particulier des myômes sphériques ordinaires. »

Partant de cette idée *a priori* et d'après la division adoptée par v. Mihalkovics ¹ pour le corps de Wolff, v. Recklinghausen distingue les formations glandulaires en : *a*) canaux *collecteurs* (Sammelröhren, *a*²), ceux qui sont les plus étroits, rectilignes et pourvus d'un épithélium haut; *b*) canaux *sécréteurs* (Sekrationsröhren, *d*), plus larges, pour la plupart contournés et à épithélium bas; *c*) renflements *terminaux* (Endkolben, *k*), extrémités en massue de ces canaux, avec épithélium mince, presque pavimenteux et à une seule couche; *d*) *dilatations* (Ampullen, *A*) rarement fusiformes, leur axe étant le même que celui du canal, proéminent le plus souvent fortement d'un côté, situées aux points d'inflexion du canal et, au lieu d'être parfaitement sphériques, sont plates et en forme de fentes, voir même comparables à une lentille convexe-concave ou même possèdent une forme encore plus irrégulière. Dans tous les points où la disposition anatomique était la plus nette, l'auteur constata parmi les éléments glandulaires un *canal principal* (Hauptkanal, *K*). Quand les canaux secondaires atteignent de différents côtés le canal principal, sa surface de section n'apparaît pas comme un cercle, mais elle est étoilée ou plissée. Sur le canal principal se branchent d'un seul côté et, en série simple, des canaux secon-

¹ v. Mihalkovics ; *Internat. Monatschr. f. Anat. u. Histol.* 1885, p. 1 et 283.

² Les lettres ou groupes de lettres qui accompagnent les termes allemands se rapportent aux gravures dont v. Recklinghausen a illustré son travail : *Die Adenomyome, etc.*, et en faciliteront la lecture.

daïres, en sorte que l'ensemble a une forme pectinée (*kammförmige Anordnung*). Ils se disposent, de plus, en file indienne (*Gänsemarschaufstellung*). Plus cette dernière disposition est nette, plus la forme pectinée apparaît. Partant de l'ampoule ou dilatation, les petits tubes qui concourent à constituer cette forme se dirigent vers une seconde dilatation, c'est-à-dire qu'il en résulte des sortes de « guirlandes » et de « pendeloques » aux points d'attache desquelles se réunissent plusieurs autres et forment ainsi des amas volumineux d'*îlots* (*Inseln*, J). »

Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on trouve un ordonnancement des tubuli glandulaires les uns par rapport aux autres, aux kystes et aux canaux principaux. V. Recklinghausen décrit, à propos de son cas I, d'abord une disposition organoïde, ensuite pectinée des canalicules. Dans le cas d'une disposition organoïde, l'auteur a pu distinguer au niveau de chaque tube glandulaire, depuis l'extrémité borgne (*blindgeschlossener Anfang*) jusqu'à l'abouchement dans un canal principal ou un kyste, une partie flexueuse, une autre formant comme une boucle d'un canal de Heule des tubes urinaires (*Schleife*, sch), et une autre enfin se terminant en ligne droite. Chacun de ces segments possède une largeur déterminée; à des endroits précis du système, on rencontre des dilatations ampullaires; des parties spéciales sont le siège de prédilection des *pseudo-glomérules* (PGL) et des *corps pigmentaires* (*Pigmentkörper*, P) que nous décrirons plus loin.

En ce qui concerne la répartition de l'adénome,

v. Recklinghausen a pu distinguer deux types. La première forme, la forme en îlots (in *Form von Inseln*) est assez caractéristique des adénomyômes du corps de l'utérus (adénomyômes volumineux de la paroi dorsale ou ventrale). Ces îlots se composent de tissu cytogène avec inclusion de tubes glandulaires. Les îlots sont réunis les uns aux autres par des canaux principaux et d'étroits tractus adénomateux ; dans quelques cas, ils sont reliés avec la muqueuse utérine.

La seconde forme (disposition parsemée, *zerstreute Anordnung*) se rencontre surtout dans les tumeurs des trompes et des cornes utérines. Les tubes et les kystes sont isolés dans le myôme ; le tissu cytogène est relégué au second plan, disparaît même complètement et se trouve remplacé par du tissu conjonctif fibrillaire. Le myôme forme assez souvent des gaines à fibres longitudinales autour des tubes glandulaires. On y trouve fréquemment des kystes. Ces deux formes ont de nombreux points de passage.

Faisant abstraction de cette idée *a priori*¹, qu'il s'agit d'un vestige d'organe, nous pouvons décrire quelques caractères histologiques généraux :

Îlots glandulaires. — Le nombre, la forme, les dimensions des îlots glandulaires sont assez variables ; souvent elliptiques ou arrondis, ils peuvent présenter un contour irrégulier, émettre des prolongements plus ou moins étendus. Leurs dimensions dépendent du nombre de glandes qu'ils renferment, parfois un seul cul-de-sac, parfois un nombre assez considérable, mais

¹ V. Recklinghausen : *Die Adenomyome*, p. 96.

elles varient également avec la quantité de tissu cytogène.

Les tubes glandulaires ne peuvent pas être différenciés microscopiquement des glandes de l'utérus. Ils ne sont pas toujours très droits, mais sinueux ou en tire-bouchon. Ils sont rares dans les adénomyômes de la trompe et des cornes utérines; ils *prédominent*, au contraire, dans ceux du corps de l'utérus. Ici, ils peuvent apparaître en troupe si nombreuse qu'il existe une certaine ressemblance entre l'adénomyôme et l'endométrite hyperplasique, comme le fait remarquer v. Recklinghausen pour son dernier cas (*Die Adenomyome*, p. 229).

Les culs-de-sac glandulaires sont arrondis ou polycycliques, à cavité très faible ou dilatée. Celle-ci peut disparaître complètement par prolifération des cellules épithéliales. La cavité est ordinairement vide; dans certains cas, elle est remplie d'un liquide produit probablement par la sécrétion épithéliale, de détritits cellulaires ou d'un magma amorphe et peut même former de petits kystes visibles à l'œil nu.

L'épithélium de revêtement tapisse ces culs-de-sac régulièrement par *une seule assise de cellules cylindriques ordinairement du type court, simples ou ciliées*, suivant les cas. On trouve très souvent un épithélium vibratil; certains auteurs, entre autres v. Lockstaedt, l'ont cherché, mais en vain, dans un nombre considérable de cas. « On pourrait admettre, dit-il, que les cils ont été détruits dans tous ces cas par des altérations cadavériques et une telle hypothèse ne peut être réfutée et encore moins démon-

trée. » V. Recklinghausen prétend que ce sont principalement les cellules qui s'élargissent du côté de la surface libre, par conséquent de forme conique, qui portent des cils vibratils. Le noyau est allongé, oval, rapproché de la base de la cellule, prenant une teinte foncée par les colorants. Sa grandeur varie avec la forme de la cellule. Dans les épithéliums cylindriques, v. Lockstaedt a rencontré, à côté de noyaux ovalaires qui remplissaient en grande partie la cellule, des noyaux plus petits, presque sphériques, situés au centre de la cellule ou un peu vers sa surface libre.

Assez fréquemment, cet épithélium prolifère et la cavité unique est remplacée par une superposition de plusieurs rangs de cellules ; beaucoup conservent le type cylindrique, d'autres sont arrondies ou polyédriques, cellules de remplacement dont l'accumulation accroît l'épaisseur de la membrane de revêtement. Lorsque la dilatation glandulaire est assez marquée, ces cellules s'aplatissent d'ordinaire, deviennent presque cubiques.

L'impression générale est qu'il y a dans ces tissus des éléments glandulaires qui seraient capables de *fonctionner* (v. Recklinghausen). Mais l'auteur n'a relevé aucune marque de cette activité sécrétoire.

Tissu cytogène. — « Ce tissu spécial (*cyt*) représente le deuxième élément qui entre dans la structure des îlots glandulaires. Ce tissu typique qui accompagne les canaux glandulaires et leur forme un lit, c'est le tissu connectif cytogène de Kölliker, ce tissu lâche, si riche en cellules rondes et en cellules fusiformes très courtes, si pauvre en tissu de soutien formé de fibrilles,

cette substance fondamentale appelée adénolymphoïde par His, que nous rencontrons dans les muqueuses richement vascularisées, telles que la muqueuse utérine. Le développement et la richesse cellulaire de ce tissu cytogène varient dans un même îlot. Il diminue à la face convexe des ampoules (dilatations) et de même autour des canaux efférents partant de ces îlots pour former des guirlandes. Il existe à peine ou fait même défaut au niveau, principalement, des véritables kystes » (v. Recklinghausen).

Ajoutons à cela que les cellules s'orientent d'ordinaire autour des glandes, allongées, imbriquées, les unes contre les autres ; en s'écartant, elles apparaissent avec leur forme arrondie de cellules embryonnaires.

Au contact des faisceaux musculaires de la périphérie, nous les voyons s'allonger de nouveau ; on peut surprendre la transformation de ces cellules fusiformes conjonctives en fibres musculaires lisses. Le contact est donc intime entre l'îlot glandulaire et les faisceaux musculaires (A. Claisse).

Ce tissu existe beaucoup moins souvent dans les adénomyômes des cornes où il est remplacé surtout par du tissu fibrillaire. Il est excessivement rare au niveau des trompes.

Il offre dans tous les cas à peu près le même aspect. Les différences minimales qui, d'ailleurs, s'observent parfois dans une même tumeur, portent sur la richesse en cellules rondes de ce tissu. Dans ses cas V et VII, v. Lockstaedt a pu suivre comme v. Recklinghausen le passage du tissu cytogène dans la muqueuse utérine.

Orloff¹ le considère comme un tissu musculaire en voie de développement. V. Lockstaedt ne peut se ranger à cette opinion pour les deux cas ci-dessus, quoiqu'il ait eu certaines difficultés à trouver la séparation nette entre le tissu cytogène et le tissu myomateux jeune dans les cas I et III.

Les vaisseaux sont en petit nombre au milieu de ce tissu connectif, vaisseaux lacunaires, c'est-à-dire sans paroi propre, autour desquels les cellules connectives s'orientent également. Ce tissu est spécialement vascularisé dans les adénomyômes télangiectasiques.

Tissu musculaire. — Autour des centres épithéliaux se disposent les éléments musculaires plus ou moins hyperplasiés.

Les faisceaux musculaires semblent beaucoup plus denses et peuvent former en ces points une couche assez épaisse. Ce tissu n'a, en somme, rien de bien caractéristique ; tantôt les différentes cellules contractiles sont petites, leur noyau relativement gros, tantôt elles ne se distinguent ni par leur grandeur ni par leur aspect des autres éléments du myomètre normal. Dans la grande majorité des adénomyômes du corps de l'utérus, il n'existe pas d'ordonnancement des cellules musculaires autour de la substance adénomateuse. Ce fait n'existe que dans quelques cas, principalement dans les tumeurs des cornes (v. Recklinghausen). Alors les fibres musculaires sont disposées parallèlement à l'axe du tube glandulaire.

¹ Orloff, *Prager Zeitschrift für Heilkunde*, 1895, XVI, p. 311-339.

Aux limites du noyau adénomyomateux, la musculature utérine reprend progressivement son aspect normal.

« Les vaisseaux du stroma ne sont pas modifiés ; nous en retrouvons munis d'une paroi propre, épaisse ; d'autres sont lacunaires ; quelques-uns s'entourent d'une couronne proliférante. Mais la néoformation cellulaire périvasculaire qui est initiale, capitale, dans les fibromyômes, est ici secondaire ; les vaisseaux ne sont plus que des centres accessoires de prolifération, les centres principaux sont les îlots glandulaires » (A. Claisse). Dans quelques cas, R. Meyer a trouvé les vaisseaux malades (artério-sclérose, dégénérescence graisseuse).

Rapports entre l'élément glandulaire (adénome) et l'élément musculaire (myôme). — V. Recklinghausen admet que : *a)* Dans toutes les *petites* tumeurs du corps de l'utérus et des angles tubaires la néoformation musculaire marche en général de concert avec la formation glandulaire et presque tout à fait proportionnellement ; *b)* dans les tumeurs *volumineuses* du corps de l'utérus le tissu musculaire néoformé, hypertrophié, ne semble pas, du moins en général, intimement lié au tissu glandulaire. Les gaines musculaires font presque complètement défaut et de grandes portions de tissu myomateux sont privées de glandes.

Or il nous semble, d'avis en cela avec v. Lockstaedt et R. Meyer, qu'il n'y a pas de rapport constant entre le myôme et l'adénome.

Il n'existe une certaine dépendance des tissus de la tumeur entre eux qu'autant que l'adénome ne se ren-

contre qu'à l'intérieur du myôme, ne transgresse au moins qu'exceptionnellement les limites de celui-ci pour pénétrer dans le myomètre normal.

Pseudo-glomérules et corps pigmentaires. — Les dilatations ou ampoules situées à la périphérie des îlots glandulaires et qui présentent une paroi externe, convexe appelée toit (Dach) et une paroi interne, généralement plane ou même concave, appelée plancher (Boden) et sont d'ordinaire allongées comme des canaux, renferment souvent (v. Recklinghausen) des cellules pigmentaires, des globules sanguins et se rencontrent habituellement dans les adénomyômes périphériques. C'est dans ce genre de dilatations que v. Recklinghausen trouva « sur la face qui correspond au plancher, des éminences nettement marquées, sphériques, avec une base d'implantation large ou étroite » et qu'il a appelées, comme Colberg certaines formations des reins embryonnaires, des *pseudo-glomérules* (PGL) marquant ainsi leur nature problématique. Ce seraient des glomérules imparfaits, par défaut de développement ou par dégénérescence; v. Recklinghausen leur reconnaît une grande similitude, une grande parenté avec les glomérules typiques du pro-, méso- et métanéphros.

« Leur revêtement épithélial est bien marqué, unistratifié, à cellules cubiques mais non plates; le tissu connectif, qui forme leur masse, est toujours très riche en cellules rondes. »

Or la forme des pseudo-glomérules semble varier beaucoup; de même les cellules ne sont pas toujours cubiques et il n'y a de constant que le tissu cytogène

riche en cellules rondes, dans lequel l'auteur aurait vu dans quelques cas un riche réseau capillaire « en tout cas nullement comparable au réseau admirable des véritables glomérules. » (*Die Aden.*, p. 120.) Les kystes et dilatations dans lesquels se rencontrent des pseudo-glomérules sont revêtus ordinairement d'un simple épithélium plat. D'ailleurs v. Recklinghausen n'a rencontré ces pseudo-glomérules que dans un nombre de cas relativement faible (cas I, II, IV *b*, XI *b*, XVI).

L'auteur a rencontré plus souvent des *corps pigmentaires* (Pigmentkörper, P), aussi bien dans les dilatations ampullaires que kystiques, mais surtout dans ces dernières. Ce sont des cellules volumineuses, presque sphériques, jaune paille, possédant un noyau et un protoplasme granuleux. Le pigment renferme du fer (v. Lockstaedt).

Les ampoules renferment encore très souvent de grandes cellules incolores, des sphères hyalines, des granulations pigmentaires libres et des globules rouges du sang. Dans les tissus environnants se trouvent des restes d'hémorragies ainsi que des débris de tubes et de massues terminales.

A côté de ces résidus d'hémorragies anciennes on peut trouver dans les adénomyômes des signes d'hémorragies plus récentes causées par la congestion menstruelle ou se rapprochant des hémorragies atypiques si fréquentes dans la muqueuse endométritique de l'utérus myômateux.

Limite. — La limite déjà difficile à déterminer pour les tumeurs diffuses et même celles qui sont localisées, au moins macroscopiquement, l'est au moins autant

sur des coupes microscopiques. Nous ne trouvons pas de zone capsulaire lâche comme dans les fibro-myômes qui sépare nettement le tissu de la tumeur des faisceaux périphériques. Ici les faisceaux musculaires s'enchevêtrent les uns dans les autres : on s'aperçoit que du côté du néoplasme ils sont plus épais et plus serrés, mais on ne peut établir de ligne de démarcation, il n'y a pas d'encapsulement.

C. Etat des trompes et des ovaires. — Il n'y a rien d'étonnant à ce que les annexes puissent être atteintes dans le cas d'adénomyômes de l'utérus. « Les différentes parties de l'appareil génital, dit Constantin Daniel¹, sont si intimement réunies entre elles, au point de vue anatomique et physiologique, que la même solidarité peut s'observer dans les cas pathologiques et lorsque l'une des différentes parties de l'appareil génital subira une altération morbide, toutes les autres s'en ressentiront par contre-coup ».

« Les tumeurs annexielles, dit Funke, sont une complication presque de règle avec les adénomyômes ».

Néanmoins, dans les observations, ces lésions ne sont pas mises en relief par de nombreux auteurs et sembleraient ainsi être rares. Il n'en est rien. C'est ainsi que Cullen nous rapporte différents types de lésions qu'il a constatées : dans le cas 2806, il trouve un abcès tubo-ovarien, à droite et à gauche une salpingite, en partie guérie; dans le cas 3136 l'ovaire gauche renferme un petit kyste; dans le cas 3898 la trompe gau-

¹ Const.-Daniel, *Revue de Gyn.*, 1903.

che est le siège d'un hydrosalpinx et l'ovaire du même côté d'un petit kyste papillaire ; enfin, dans le cas 4364 un très grand adénome kystique de l'ovaire gauche. D'une façon générale, dans 15 cas qu'il a observés : cinq fois les annexes étaient normales, les dix autres fois elles étaient touchées. Les annexes seraient donc malades dans 66,6 pour 100 des cas d'adénomyômes de l'utérus.

En relevant dans le tableau suivant l'état des annexes dans les cas que nous avons eus sous les yeux, nous voyons que :

OBS. I. — Adénomyôme interstitiel de la paroi antérieure du corps.

Trompes : normales, ouvertes.

Ovaires { à droite, petit sclérosé.
à gauche, petit kyste folliculaire.

OBS. II. — Adénomyôme de la paroi postérieure du corps.

Trompes : normales.

Ovaires { à droite, normal.
à gauche, ovaire kystique (gros-
seur d'une noix.

OBS. III. — Adénomyôme du fond et partiellement du corps.

Adénomyôme bilatéral de la portion tubaire des cornes utérines.

Trompes : à droite, hydrosalpinx de la grosseur d'une tête fœtale.

Trompes : à gauche, hydrosalpinx pouvant loger le pouce.

Ovaires : sains.

OBS. IV. — Adénomyôme bilatéral des cornes utérines.

Trompe : à droite, ouverte, trois petits kystes paratubaires.

Trompe : à gauche, ouverte, trois petits kystes paratubaires.

Ovaires : à droite, ovaire hypertrophique, corps jaune hémorragique.

Ovaires : à gauche, ovaire hémato-kystique, volume d'un œuf de poule.

OBS. V. — Adénomyôme bilatéral des cornes utérines.

Trompes: à droite, hydrosalpinx de la grosseur du pouce.

Trompes: à gauche, hydrosalpinx de la grosseur du petit doigt.

Donc, les altérations des annexes au cours des adénomyômes de l'utérus sont fréquentes, quand il s'agit principalement de tumeurs des cornes, beaucoup plus rares quand il s'agit de tumeurs du corps, Daniel admet un chiffre de 59 pour 100 de lésions annexielles dans les cas de myômes ordinaires.

Quelles sont les lésions que l'on constate le plus souvent? Il peut y avoir des lésions de salpingite interstitielle aiguë ou chronique surtout, avec ou sans hypertrophie de la paroi musculaire. Souvent la trompe est dilatée dans sa partie externe et sa cavité distendue par un liquide séreux, purulent ou sanguinolent. Quelquefois la salpingite interstitielle est localisée et aboutit à la formation de nodules disséminés sur le trajet de la trompe.

Il n'est pas rare de trouver dans la trompe de petits kystes, des culs-de-sac glandulaires, des appendices sessiles ou pédiculés auxquels v. Reeklingkausen attribue une origine embryonnaire.

Les ovaires sont presque toujours microkystiques, et l'on découvre dans les ligaments larges des kystes plus ou moins volumineux dont l'origine congénitale n'est pas douteuse (Jayle et Cohn).

Quelle est la relation étiologique ou chronologique existant entre l'adénomyôme et ces dégénérescences kystiques? N'y a-t-il entre ces deux lésions que des relations de coïncidence? Quelles sont leurs influences

récioproques dans leurs évolutions respectives? Cullen n'ose se prononcer à ce sujet et nous également nous ne pouvons résoudre ces problèmes d'une façon satisfaisante. Il est bien certain, cependant, que les salpingites séreuses, hématiques, suppurées même, peuvent être rattachées à l'évolution de l'adénomyôme qui, par sa situation, gêne l'écoulement normal des sécrétions tubaires, favorisant leur stagnation et, par là, leur infection, suffisamment pour obtenir une réaction oblitérante de l'ostium abdominal. De même que pour les fibromyômes, il est probable que ces lésions se développent en même temps ou succèdent à l'apparition de l'adénomyôme.

Ici également les symptômes sont peu accusés et les lésions annexielles ne sont très souvent qu'une découverte de l'opération; dans les cas que nous rapportons, elles ne se sont jamais accompagnées de complication.

La pathogénie reste, malgré toutes les opinions que l'on pourrait émettre, à élucider. L'infection, la stase sanguine, etc. ont été invoquées.

Ces lésions compliqueront toujours davantage l'opération et, plus que jamais, il faudra se résoudre à l'hystérectomie totale.

CHAPITRE IV

CLASSIFICATION DES ADÉNOMYOMES DU CORPS DE L'UTÉRUS

R. Meyer, se basant sur la structure de ces tumeurs, les divise en : adénomyôme muqueux, adénomyômes provenant de la séreuse, adénomyômes provenant de débris embryonnaires du canal de Müller, du canal de Wolff, ou du rein primitif.

V. Recklinghausen les classe ou d'après leur consistance ou d'après leur volume (adén. petits, adén. volumineux).

Mais il nous semble qu'au point de vue clinique et anatomo-pathologique, et par analogie avec les myômes ordinaires, nous puissions plutôt les partager, avec Cullen, en trois groupes, sans que toutefois il existât de limite tranchée entre chaque, nous basant sur le *siège* de ces tumeurs :

1° Adénomyômes interstitiels avec conservation des contours normaux de l'utérus ;

2° Adénomyômes sous-péritonéaux ou intraligamentaires ;

3° Adénomyômes sous-muqueux.

1° Adénomyômes interstitiels, ou intrapariétaux.

Ceux-ci forment la grande majorité des adénomyômes du corps de l'utérus. Le volume de l'utérus peut être presque normal, avoir doublé ou même triplé. La tumeur peut être plus ou moins limitée ou généralement diffuse. Cette dernière est presque toujours plus riche en glandes que la première. L'épaississement de la paroi utérine va de la muqueuse à la périphérie, peut envahir la moitié d'une paroi ou même s'étendre jusqu'au péritoine. A la périphérie existe une couche assez épaisse de muscle normal.

En examinant la cavité utérine, on remarque ordinairement que la muqueuse s'étend en un ou plusieurs endroits jusqu'au tissu myômateux sous-jacent. On constate ceci plus facilement encore à la loupe et, en observant attentivement la tumeur on trouve de petits foyers ronds, irrégulièrement triangulaires ou oblongs, constitués par un tissu analogue à de la cire, finement homogène, situés entre des faisceaux myômateux. Ces foyers concordent presque par leur aspect avec la muqueuse utérine et l'on peut y découvrir des orifices punctiformes (section transversale des glandes). Souvent ces foyers renferment des kystes plus ou moins volumineux, dont le diamètre oscille entre 0 m. 5 et 5 millimètres et plus. A l'occasion, on découvre encore de plus grands espaces kystiques. Leur surface interne est unie et ils sont tapissés d'une muqueuse qui atteint souvent 1 millimètre d'épaisseur. Ce sont des cavités utérines en miniature (Cullen). Beaucoup de ces cavités

renferment du sang frais, ou un liquide brunâtre ou du pigment sanguin jaunâtre, reste d'anciennes hémorragies. Là où il manque des kystes, les adénomyômes durs offrent l'aspect de la métrite simple avec ses faisceaux de fibres irrégulièrement tressés et brillants comme de l'asbeste (R. Meyer).

V. Lockstaedt a pu démontrer les rapports de ces petites cavités avec la muqueuse utérine, soit au moyen de crins qu'il fait pénétrer dans le tissu myômateur jusqu'à 1 à 1 cm. 8 (cas 5 de v. Lockst.) au niveau d'un de ces enfoncements de la muqueuse, soit avec une solution de bleu de Prusse qui, répandue à la surface de la tranche de section, ressort par des pertuis situés au niveau de la muqueuse (cas 6 de v. Lockst.).

Dans la plupart des cas, il existe en outre dans l'utérus quelques myômes ordinaires sphériques, répandus irrégulièrement, sous-muqueux, interstitiels ou sous-péritonéaux.

La cavité utérine n'est généralement pas déformée dans ces cas ; la muqueuse est unie, abstraction faite des rares pertuis signalés plus haut. Elle possède une épaisseur normale ou peut atteindre 7 à 8 millimètres.

Les polypes, qui sont si fréquents dans les cas de myômes ordinaires, manquent d'ordinaire ici.

Examen microscopique. — La surface de la muqueuse possède une couche épithéliale intacte. Les glandes offrent l'aspect ordinaire. Le stroma de la muqueuse, situé immédiatement sous la couche épithéliale est souvent légèrement œdémateux ou aminci. Le tissu myômateur s'étend, comme le montre déjà l'aspect macroscopique, jusqu'à la muqueuse, mais ne la pénètre pas

d'habitude. Dans la plupart des cas, on voit la muqueuse pénétrer dans la tumeur et l'on peut constater qu'à ces endroits les faisceaux musculaires partent de la muqueuse à angle droit et permettent ainsi à celle-ci de pénétrer entre eux. Les glandes, en s'avancant de la muqueuse, suivent la voie qui leur offre le moins de résistance et toujours en se dirigeant vers la surface péritonéale. Elles conservent leur aspect normal et sont accompagnées du stroma normal de la muqueuse. On peut suivre la muqueuse sur une étendue de 1 à 2 centimètres, mais on la perd naturellement dans la profondeur. Dans quelques cas, malgré l'identité des glandes de la tumeur avec celles de l'utérus, on ne peut pas démontrer nettement leur origine muqueuse (Cullen) et alors, pour peu que la tumeur soit plutôt dure, avec tissu musculaire et dégénérescence fibreuse prédominante, que les glandes soient plus éparses et plus rares, possédant même quelquefois une tendance à être disposées suivant un ordre donné, il faudra songer à des débris embryonnaires du rein primitif (R. Meyer). Ces tumeurs sont à rapprocher des adénomyômes du paroophoron. Par contre, si le tissu glandulaire prédomine, on peut trouver une grande ressemblance avec la métrite hyperplasique.

Enfin, il faut remarquer que parfois le type muqueux et celui de v. Recklinghausen se trouvent réunis dans un seul et même adénomyôme et même dans ces cas où il existe de nombreuses communications avec la muqueuse (v. Franqué, Wülfling, Heyne, R. Meyer, Eipper).

Dans plusieurs cas, Cullen a rencontré des cellules

géantes, rondes, avec quatre à huit noyaux au centre, et formées probablement par la fusion de plusieurs cellules épithéliales dégénérées.

2° Adénomyômes sous-péritonéaux.

« Il n'est pas rare, écrit R. Meyer, de trouver dans de petits myômes sous-séreux, de la grosseur d'un pois à celui d'une noix des inclusions épithéliales ; R. Meyer possède cinq cas de ce genre, mais sans structure spéciale des îlots glandulaires ; il n'y a que dans un cas où la séreuse de la face postérieure de l'utérus présente sur une large étendue une disposition analogue à la muqueuse utérine, et envoie dans des myômes sphériques et dans l'utérus, augmenté de volume par la métrite concomittante, des prolongements en quantité considérable. Des cas analogues semblent connus en général sous un autre titre (Nebesky, Fùth, v. Franqué et Kleinhaus, v. Rosthorn, Semmelink et Josselin de Jong).

Ils peuvent atteindre un volume considérable. Cullen en rapporte un cas où la tumeur mesurait $13 \times 10 \times 8$ et présentait une base très large ; une partie était kystique et l'autre était solide ; dans cette dernière on retrouva au microscope les glandes avec leur épithélium cylindrique caractéristique. Dans tous les cas qu'il a vus la tumeur était surtout kystique. Un des adénomyômes sous-péritonéaux les plus remarquables que l'on ait décrits est probablement cet adénome « volumineux » de Pick, qui apparut chez une femme de quarante-huit ans, à la face postérieure de

l'utérus et qui était adhérent à la paroi abdominale antérieure ainsi qu'aux anses intestinales. La tumeur avait un aspect grossier, tacheté. Elle se composait de nombreuses grosses masses solides, verruqueuses, et, vers la ligne médiane, elle présentait une masse kystique, brillante et muqueuse, du volume d'une tête d'homme environ. Elle était partout adhérente. La cavité kystique renfermait une substance claire, muqueuse, colloïde. A la surface de la tumeur se trouvaient beaucoup de nodules isolés, composés de tissu myomateux et renfermant des cavités de taille variable. Pick trouva que les parties solides de la tumeur étaient composées d'une substance fibromateuse entourant du tissu glandulaire bien formé : c'étaient des glandes à épithélium cylindrique à une seule assise. Parfois les glandes étaient groupées et entourées d'un stroma qui les délimitait, d'autres présentaient des dilatations kystiques. De cette description il ressort que cette tumeur était un adénomyôme sous-péritonéal et adhérent.

Quand les adénomyômes sous-péritonéaux siègent au-dessus de la partie moyenne de l'utérus, ils peuvent pénétrer à travers le ligament, large, déplié, et devenir ainsi *intraligamentaires*. Cullen, Krönig, Hartz, Breus en rapportent des cas. Ils ne se distinguent en rien des tumeurs sous-péritonéales, à part ce fait qu'ils se développent entre les feuillets du ligament large et, par suite présentent des difficultés pour leur ablation. Toutes ces tumeurs se composent de tissu myomateux, renferment des glandes et un stroma caractéristique, et de plus tous les kystes sont revêtus d'un épithélium cylindrique généralement cilié. Pres-

que tous les kystes intraligamentaires sont remplis en partie avec du sang. Dès que les adénomyômes sous-péritonéaux ou intraligamentaires atteignent une certaine taille, ils deviennent kystiques. Dans quelques cas les kystes sont uniques, mais ordinairement multiples, avec un liquide sanguin ou de couleur chocolat. Dans la partie solide des tumeurs on a trouvé des glandes tubuleuses entourées d'un stroma déterminé ; bref, il existait une muqueuse bien différenciée, identique à celle qui revêt normalement la cavité utérine.

Les adénomyômes sous-péritonéaux ne se distinguent nullement des myômes utérins diffus au point de vue microscopique. Le siège seul varie. Ils deviennent surtout kystiques dans le premier cas et cela se comprend facilement, étant donné que ces tumeurs sous-péritonéales sont dégagées de l'influence constrictive et du contrôle de la musculature utérine (Cullen). Les glandes sont closes et s'agrandissent rapidement par suite des hémorragies fréquentes, qui se produisent sans aucun doute à chaque époque menstruelle, et de l'accumulation constante de déchets épithéliaux. On remarquera que les kystes volumineux se rencontrent sans exception là où la musculature utérine est la moins développée.

Certaines tumeurs siégeant dans le ligament large peuvent ne pas provenir de l'utérus, mais être *nées sur place*. En effet, on trouve régulièrement dans le ligament large, au voisinage de la trompe, des fragments du rein primitif connus sous le nom de parovaire et de paroophoron. Pick (*Virch. Arch.*, 156) a pu trouver de chaque côté de l'utérus, entre la trompe et l'ovaire,

une petite tumeur siégeant à la place du parovaire et Aschoff (*Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, t. IX) faisait également dériver du rein primitif l'épithélium d'une tumeur siégeant au même point, mais plus grande. (Voir cysto-adéno-myôme au chapitre Evolution).

3° Adénomyômes sous-muqueux.

Ceux-ci ne sont certes pas très fréquents. Cullen rapporte un cas d'adénomyôme intraligamentaire dont un bon tiers de la tumeur était également sous-muqueux et remplissait la cavité utérine depuis le fond jusqu'au col. La muqueuse à sa surface était légèrement amincie. Dans une autre observation (cas 5973), nous avons un très bel exemple d'un petit adénomyôme sous-muqueux. La muqueuse au niveau du nodule a en grande partie disparu, mais de ci de là on voit encore quelque glande. La tumeur est essentiellement un myôme, elle renferme trois amas de glandes ressemblant à des glandes utérines et entourées du stroma muqueux typique. On aperçoit aussi quelques glandes isolées entourées de stroma, tandis que d'autres sont en contact direct avec le muscle. Tout près de la surface se trouve une glande kystique.

En 1896, dans un rapport sur deux cas d'adénomyômes diffus de l'utérus, on attira l'attention sur des cas d'adénomyômes sous-muqueux que communiquaient Diesterweg et Schatz.

Dans le cas de Diesterweg¹, il s'agit d'un nodule de

¹ Diesterweg, *Zeitschr f. Geb. u. Gyn.*, 1883, t. IX, p. 191.

la grosseur d'un œuf de poule apparaissant à l'orifice externe de l'utérus. Sa surface était un peu corrodée; il était fixé au-dessus de l'orifice interne par un pédicule d'un pouce d'épaisseur. La tumeur était formée de tissu myomateux, et dans son centre se trouvait une grande cavité recouverte par une muqueuse, et présentant de nombreuses petites anfractuosités, de telle sorte que l'ensemble rappelait un ventricule. En outre, il existait une cavité plus petite du volume d'une cerise. Ces kystes étaient revêtus d'un épithélium cylindrique cilié et remplis de sang brun noirâtre. Deux ans plus tard, après que la malade eut pris de l'ergotine, on vit s'expulser un myôme sous-muqueux mesurant $9 \times 7 \times 6$ centimètres, et qui renfermait un kyste de la grosseur d'une noix. Le kyste était recouvert d'un épithélium cylindrique cilié et plein de sang.

Dans le cas de Schatz, l'utérus avait 16 centimètres de long, 8,5 de large, et ses parois mesuraient 2 — 2,5 centimètres d'épaisseur. On trouvait répandu à travers toute la paroi utérine de petits myômes qui ne se laissaient pas énucléer facilement. Il n'y avait pas de kystes dans les myômes voisins du péritoine, mais au contraire dans ceux qui occupaient les couches internes et centrales. « La cavité utérine ¹ apparaît remplie par cinq rangées longitudinales de polypes ayant une base d'insertion plus ou moins large. Chaque rangée est séparée de la voisine par un sillon assez profond,

¹ Schatz, Fr., Ein Fall von Fibroadenoma cysticum diffusum et polyposum corporis et colli uteri (*Arch. f. Gyn.*, 1884, XXII, p. 458).

et se compose de deux à six polypes différents, dont la masse principale se trouve presque toujours du côté de la base, tandis que d'habitude un appendice effilé, long de 2 à 4 centimètres, s'étend vers l'orifice interne, l'atteint même parfois, et, le dépassant, aboutit dans la cavité cervicale. On trouve peu de polypes avec un faible pédicule. Sur quelques points ils ne forment que de hautes saillies à base large, sans appendice. La grandeur de ces polypes, en moyenne au nombre de vingt, varie entre celle d'un œuf de poule et celle d'un pois. Tous sont aplatis ou cylindriques par pression réciproque. La coupe des polypes nous montre, outre des vaisseaux abondants et larges, du tissu musculaire, à certains endroits surtout ; à d'autres, les cavités kystiques sont si abondantes qu'on a l'aspect d'un tissu caverneux.

Sur une coupe intéressant la musculature utérine et certains polypes, on voit que celle-là pénètre dans le tissu du polype sans qu'il y ait de limite précise et s'élève comme un arbre avec sa ramure entre les kystes, généralement petits, jusqu'à la surface. De tels polypes sont alors à peine plus mous que le muscle utérin. Mais, en général, les kystes augmentent considérablement de volume et de nombre vers la surface des polypes et principalement au niveau des appendices, de telle sorte que ceux-ci sont plus tendres et plus mous.

Les polypes plus petits ne présentent pas cette différence d'une façon aussi nette et ressemblent presque toujours à un gâteau de miel. Les polypes à pédicule étroit se comportent à peine autrement que ceux à pédicule large ; ils sont aussi fermes et ne contiennent

pas davantage de kystes ». — Au point de vue microscopique, ils se composent en outre du tissu musculaire que nous avons vu plus haut y pénétrer, de cellules fusiformes et de cavités revêtues d'un épithélium cylindrique élevé. « Il semble, dit Cullen, qu'il se soit agi dans ces cas d'un adénomyôme diffus et que l'utérus a cherché à se débarrasser de cette nouvelle tumeur comme il le fait pour les myômes ordinaires. C'est ainsi que s'est formée cette disposition polypeuse. »

Legueu et Marien rapportent également un cas de myôme polypeux avec inclusions épithéliales, de même Palm, Burdzinski. Celui-ci présente à la Société russe de gynécologie et d'obstétrique en 1903 un utérus avec un adénomyôme malin parti de la région de l'orifice interne et se présentant sous l'aspect d'un polype, donnant l'impression d'un avortement cervical chez une primipare.

CHAPITRE V

AUTRES VARIÉTÉS D'ADÉNOMYOMES

Adénomyômes du col.

Partant de l'étude des adénomyômes du corps, nous pourrions conclure par analogie qu'un adénomyôme peut prendre naissance au niveau du col et qu'il se compose de glandes cervicales incluses dans un muscle myomateux ainsi que dans le stroma épais caractéristique. Mais ils proviennent également en ce point de débris du canal de Gartner. Toutefois, malgré la présence à ce niveau d'adénomyômes caractéristiques on ne peut pas diagnostiquer leur origine embryologique autrement que d'après leur situation. Quant à leur structure, elle ne se distingue pas essentiellement du type des tumeurs où la prolifération glandulaire est réduite.

De telles tumeurs semblent malgré tout être très rares; on sait que le col n'a pas de tendance à faire de l'hyperplasie musculaire. Elles apparaissent sous forme de cystomyômes (Breus) ou de véritables adénomyômes (Voigt, v. Recklinghausen). R. Meyer pense qu'il n'y a pas lieu de considérer comme une tumeur provenant de débris wolffiens le polype glandulaire et kystique

que publie Caruso et qui s'insérait sur la face externe du col. De tels polypes partent même de la muqueuse vaginale comme il a pu s'en convaincre.

En 1896, Cullen décrivit un cas, unique dans son genre dans la littérature, d'adénomyôme du col, qui se composait de glandes du cervix, de muscle et d'une faible couche de tissu fibreux. Il forme un petit noyau sous-muqueux, rond, de 2,5 centimètres de diamètre, sortant du col. A l'examen histologique on constate que la surface externe est revêtue par endroits d'un épithélium cylindrique. On trouve semés à travers tout le muscle des espaces ressemblant à des cavités glandulaires du volume d'une tête d'épingle, ayant jusqu'à 3 millimètres de diamètre. Elles présentent un épithélium unistratifié qui, dans les plus petites glandes, est du type cylindrique long. Dans les glandes qui sont kystiques, il est cubique ou presque plat. Le protoplasme cellulaire se teint avec l'hématoxyline, ce qui est caractéristique de l'épithélium cervical (Cullen). Les noyaux sont ovoïdes et vésiculeux et, en beaucoup de points on peut trouver des cils. Les cavités glandulaires sont vides ou renferment une masse granuleuse, qui prend l'hématoxyline. Les glandes ressemblent dans tous leurs détails aux glandes du cervix. « Ce nodule est sans aucun doute, dit Cullen, un myôme du cervix et semble être le seul de ce genre que l'on ait signalé. Il est né sans aucun doute très près de l'orifice interne de l'utérus, sinon il n'y aurait pas tant de tissu musculaire. »

Landau et Pick, en 1901, publient une observation où le canal cervical était complètement oblitéré par un

nodule adénomyomateux qui séparait absolument la cavité utérine du vagin. Dans ce cas il y avait, outre les glandes utérines typiques avec leur stroma qui les accompagnait, des éléments épithéliaux.

Adénomyômes des cornes utérines.

R. Meyer les a très justement divisés en *deux catégories* suivant leur situation et leur lieu d'origine.

La corne utérine, dit-on, correspond à la portion interstitielle de la trompe (*pars uterina tubæ*). « Or, la véritable partie interstitielle n'a, généralement, que quelques millimètres de long et se confond à la limite sans caractères macroscopiques apparents avec la muqueuse utérine. Le critérium qui nous indiquera la limite entre les deux est une différenciation microscopique; la muqueuse de la partie interstitielle proprement dite de la trompe ne possède, en effet, pas de glandes, présente par contre, la plupart du temps, le début des plis muqueux et de plus elle est souvent contournée. Elle possède enfin sa *muscularis muscosæ* propre qui se prolonge circulairement assez loin vers la partie médiane. Il ne faut pas se baser sur la musculature.

Ce qui doit nous guider, c'est l'absence de glandes au niveau de la trompe et par suite je ne puis, d'après de nombreuses recherches, considérer comme portion interstitielle proprement dite de la trompe que le tiers externe de ce qu'on appelle la portion isthmique (*pars uterina tubæ*). Les glandes ne diminuent cependant que progressivement au niveau des angles supérieurs

de la cavité utérine (Tubeneke); néanmoins la limite avec la portion vraiment interstitielle et privée de glandes est assez accentuée.

Je reconnais donc, dit R. Meyer, une portion intrapariétale ou interstitielle de la trompe, mais je rapporte à l'utérus le plus grand segment, c'est-à-dire l'interne, tandis que le segment périphérique plus petit se rattache à la trompe.

Cette distinction entre les segments de l'ancienne portion interstitielle a sa raison d'être en pathologie; les tumeurs désignées par v. Recklinghausen sous le nom de « Tuberwinkel-adenomyome » appartiennent à la portion interstitielle proprement dite, et ceux-ci diffèrent absolument au point de vue morphologique de tous les adénomes partant de la muqueuse utérine: au contraire, les adénomes et adénomyômes qui partent de la portion interne qui dépend de l'utérus, présentent les caractères habituels des adénomes muqueux par cette simple raison qu'ils proviennent de glandes existant physiologiquement, tandis que les adénomes et adénomyomes situés dans la portion interstitielle proprement dite proviennent en partie de la muqueuse éversée (*salpingitis follicularis*) en partie d'épithélium aberrant¹. »

Nous ajouterons que la muqueuse utérine passe sans interruption dans la corne utérine où elle devient très mince étant donné qu'il n'y reste que l'épithélium de revêtement, une mince sous-muqueuse et quel-

¹ R. Meyer, *Zeitsch. f. Geb., u. Gyn.*, 1900, t. XLIII, p. 131 et suiv.

ques glandes. La sous-muqueuse devient encore plus mince et, dans la portion interstitielle de la trompe, qui se trouve au niveau de la corne utérine, elle disparaît peu à peu en se confondant avec l'épithélium des trompes. Cet épithélium est identique par ses caractères à celui qui revêt la cavité utérine, mais le stroma particulier qui se trouve au niveau de la muqueuse utérine manque ici complètement et de même les glandes.

a) *Adénomyômes provenant de la portion utérine de la corne utérine.* « *Tubeneckenadenomyome* » de R. Meyer.

Ils sont constitués par de petits épaissements diffus de la corne utérine. En général, leur diamètre ne dépasse pas 1 centimètre, mais ils atteignent parfois le volume d'une noix. Ils se composent d'espèces de cavités glandulaires, ordinairement kystiques et sont entourés d'une musculature myomateuse diffuse. Les kystes sont revêtus d'un épithélium cylindrique cilié et renferment des débris épithéliaux desquamés et du sang. Là où les glandes sont fortement dilatées, elles peuvent entrer en contact direct avec le muscle myomateux, mais les petites sont séparées du muscle par le stroma de la muqueuse caractéristique. Le tissu myomateux semble disposé circulairement autour des cavités glandulaires et donne souvent l'impression que l'épaississement myomateux ait été provoqué par une irritation partie des glandes. Les myômes peuvent siéger dans le voisinage de la lumière de la trompe, près du péritoine ou dans le voisinage du ligament large. — V. Recklinghausen et d'autres ont rapporté

l'origine des éléments glandulaires au corps de Wolff, mais dans ces dernières années on a pu suivre leur rapport avec les glandes de l'utérus et il est probable que, sinon tous, du moins la majorité de ces adénomyômes doivent leurs éléments glandulaires à la muqueuse utérine. — La seule différence entre ces tumeurs et la tumeur diffuse du corps de l'utérus réside dans leur volume moindre, plutôt faible, et la pauvreté relative en éléments glandulaires. Si nous nous rappelons que les glandes sont peu nombreuses au niveau de la corne utérine et très éloignées les unes des autres, nous comprendrons facilement cette répartition parcimonieuse des glandes.

b) *Adénomyômes provenant de la portion tubaire de la corne utérine* — « *Tubenwinkeladenomyome* » de v. Recklinghausen — « *Nodosités des cornes utérines* » de Jayle et Cohn. (Nodosité adénomyômateuse).

Ce sont de petites tumeurs, au plus de la grosseur d'une cerise, faisant quelquefois saillie, siégeant au niveau de la corne utérine ou dans son *voisinage*; on ne les a jamais rencontrées jusqu'ici dans la portion abdominale de la trompe. — Ordinairement symétriques; quand elles sont unilatérales, elles siègent plus souvent à droite qu'à gauche (Jayle et Cohn). De forme habituellement un peu allongée; quelquefois deux tumeurs voisines sont séparées par un étranglement plus ou moins profond. Les adénomyômes siègent aussi souvent sur la paroi antérieure que sur la paroi postérieure, mais la masse principale de la tumeur est toujours située dans la tunique adventice de l'oviducte. En général, ils proéminent extérieurement le plus du

côté de la paroi supérieure (kraniale Seite) (v. Recklinghausen).

« Pendant une période de cinq années, dit Cullen, nous avons pris pour habitude de faire des coupes des cornes utérines de tous les utérus que nous enlevions et nous avons trouvé que ces cavités glandulaires avec ou sans épaississement myomateux était quelque chose de très commun ¹. »

Leur aspect est variable ; leur coloration est bleuâtre et leur aspect fibreux ou bigarré.

A la coupe, souvent le bistouri sectionne un nodule fibreux plein, présentant en un point, au centre ou près de la périphérie, la lumière de la trompe ; fréquemment encore, sur un fond bleuâtre, fibreux, dur, on relève des points gris jaunâtres, de consistance plus molle d'où l'on fait sourdre par pression une substance granuleuse ou purulente ; quelquefois sur un fond fibreux des petites cavités à liquide de contenu et consistance variables.

V. Recklinghausen en distingue deux groupes : 1^o les adénomyômes *durs* qui, à cause de la raréfaction du tissu utérin fortement vascularisé paraissent blancs ; il y a prédominance des glandes sur le tissu fibreux néoformé ; le tissu conjonctif cytogène n'existe pour ainsi dire pas et *fait même complètement défaut* : caractère différentiel d'avec les adénomyômes de la portion utérine de la corne, des « Tubeneckenadenome ». Ces conditions expliquent la tendance très accusée de ces tissus aux formations kystiques ; aussi, en général, ces

¹ Cullen, *loc. cit.*, p. 85.

tumeurs, même quand elles sont de dimensions discrètes, constituent-elles des adénomyômes, et l'on a parfois de la difficulté à mettre en évidence l'autre élément constituant l'élément myomateux ; 2° quant à la deuxième variété, les adénomyômes *mous* ou *télangiectasiques*, ils sont caractérisés par une richesse vasculaire extrême et l'abondance du tissu cytogène. Dans ce cas, on ne les distinguera des adénomyômes identiques de la portion utérine de la corne que par les caractères microscopiques de la trompe et peut-être par leur siège.

Quant à leur pathogénie : ces tumeurs sont, dans la grande majorité des cas, *acquises*. Il se produit sans doute une pénétration de la muqueuse des trompes dans la paroi de celles-ci, et le développement de l'élément myomateux ne fait que suivre, car on trouve souvent des invaginations indépendantes de la tumeur myomateuse. (V. Franqué, Gottschalk, R. Meyer, v. Lockstaedt.)

Une autre partie de ces tumeurs serait d'origine congénitale, développée aux dépens de débris du corps de Wolff ou du canal de Müller.

Il faut rapprocher de ces nodosités adénomyomateuses, celles que Jayle et Cohn désignent comme nodosités inflammatoires et accompagnées ordinairement de la salpingite interstitielle. Celles-ci seraient d'origine blennorragique ou tuberculeuse.

Adénomyômes du ligament rond.

Les tumeurs du ligament rond offrent un très haut

intérêt et, parmi celles-ci, surtout les adénomyômes (Gebhard).

D'une façon générale, le nombre des tumeurs intra-péritonéales du ligament rond est faible eu égard à celui des tumeurs extra-pelviennes; par contre, elles dépassent ces dernières par leur volume. Les tumeurs du ligament propre de l'ovaire doivent être rattachées, au point de vue génétique, à celles du ligament rond, étant donné que le ligament de l'ovaire n'est que la suite du ligament rond et le relie au corps de Wolff. Au niveau du ligament de l'ovaire, on ne cite en général que des cas de myômes et pas encore d'adénomyômes.

Les adénomyômes du ligament rond sont relativement rares, et jusqu'à la communication de Cullen, en mai 1896, cet état pathologique était autant dire inconnu. Il s'agissait d'une femme âgée de trente-sept ans qui présentait au niveau de la partie supérieure de la grande lèvre droite une tumeur de la grosseur d'un œuf, mais un peu irrégulière et fortement fixée dans les tissus profonds. La malade se plaignait de violentes douleurs au moment des règles et quand elle faisait des efforts prolongés. Elle ressentait des douleurs lancinantes au niveau du nodule avec irradiations vers les reins. Opération le 19 octobre 1895 : excision. — Elle rentra de nouveau à l'hôpital le 27 mai 1897 pour une tumeur qui s'était développée, peu de temps après l'opération, dans la région inguinale gauche, immédiatement au-dessus de la grande lèvre. C'était une seconde tumeur identique à la première. Toutes deux étaient en relation intime avec le ligament rond. Le diagnostic de l'obser-

vation porte : « Adénomyômes du ligament rond bilatéraux chez un seul et même individu¹ ».

A la même époque, v. Recklinghausen présentait à la section d'anatomie pathologique du Congrès de Francfort-sur-le-Mein (Naturforscher versammlung zu Franckfurt a. M., 1896) des préparations microscopiques d'un léinomyôme de la région inguinale qui renfermait des tubes revêtus d'un épithélium et qui étaient analogues à des glandes. On le considéra à cause de ce fait comme un adénomyôme. Dans un deuxième cas, la tumeur n'avait été remarquée par la malade que trois ans auparavant. Elle siégeait dans la grande lèvre droite et avait été prise pour une hernie que l'on traita par le port d'un bandage. A l'opération, on découvre le rapport de la tumeur avec le ligament rond. Celle-ci offre l'aspect d'un adénofibrome-kystique avec tous ses éléments caractéristiques.

Depuis cette époque, des cas analogues ont été publiés par Pfannenstiel, Blumer, Bluhm, R. Meyer, Aschoff et d'autres.

Ces tumeurs ont un diamètre de 1, 2, 3 centimètres et siègent d'ordinaire au voisinage de l'orifice inguinal externe. Elles consistent en un noyau très ferme, qui possède une texture grossière, et intimement fusionné avec le tissu graisseux environnant. A la coupe, elles offrent généralement l'aspect d'un myôme diffus et l'on peut voir leurs fibres s'étendre dans le tissu environnant. De grands espaces kystiques, d'un diamètre d'une tête d'épingle à celui de quelques milli-

¹ Cullen, *Adenomyome des Uterus*, p. 88.

mètres sont réparties à travers tout ce tissu grossier. Ils peuvent être ronds, irrégulièrement ovales ou en forme de fente. Leur surface interne est unie et ces cavités renferment presque toujours un contenu de couleur chocolat. On voit également souvent des foyers avec une pigmentation jaunâtre ou brunâtre.

A l'examen histologique, on constate que la charpente de ces tumeurs est formée de fibres musculaires lisses, qui forment un réseau irrégulier, mais serré, et qu'elles correspondent exactement aux myômes diffus de l'utérus. Mais parfois, comme pour le cas d'Aschoff, la plus grande partie de la tumeur peut être formée de tissu fibreux. Répartis à travers tout le myôme diffus, on trouve des îlots glandulaires, qui sont ronds sur une surface de section ou de forme irrégulière. Ces glandes sont revêtues d'une couche simple d'épithélium cylindrique à cils vibratils et les cavités glandulaires renferment souvent du sang; les glandes sont entourées d'un stroma identique à celui de la muqueuse utérine. L'épithélium glandulaire et les cellules du stroma renferment souvent du pigment granuleux jaunâtre ou brun. Les espaces kystiques que l'on voyait à l'œil nu sont également recouverts d'une seule couche d'épithélium cylindrique à cils vibratils et le contenu de couleur chocolat est un débris d'anciennes hémorragies. — Tous les adénomyômes que l'on a publiés ont les mêmes caractères généraux.

Pfannenstiel trouva à côté d'un adénomyôme du dôme vaginal un second de la grosseur d'une noix située à la partie inféro-interne de l'orifice externe du canal inguinal. — Dans le cas de Blumer, il s'agissait,

au début, de deux nodules isolés, situés dans la région inguinale droite dont chacun mesurait 6 millimètres de diamètre environ. Ceux-ci se fusionnèrent peu à peu et, après vingt-trois ans, il en était résulté un noyau gros comme un œuf de poule. — Dans le cas d'Aschoff, la tumeur était située dans la grande lèvre gauche et, lorsqu'on l'observa pour la première fois, elle n'avait que le volume d'un pois ; elle atteignit graduellement le volume d'une amande et se trouvait immédiatement sous la peau. — La malade de Bluhm portait une tumeur solide, élastique, de la grosseur d'une prune située au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. Comme nous l'avons déjà fait remarquer pour le cas de Pfannenstiel, il existait ici, outre cette tumeur de la région inguinale une autre identique dans le dôme vaginal. Des cas analogues ont encore été publiés par v. Herff et par L. Pick. Dans le cas de Pick, le myôme avait le volume d'une noisette et se trouvait dans le cul-de-sac postérieur du vagin¹. — R. Meyer a très bien décrit une tumeur de la grosseur d'un haricot siégeant au niveau du ligament rond, à droite, chez une femme de trente-trois ans. — A. Szili rapporte un cas d'adéno-fibrome siégeant dans le tiers supérieur de la grande lèvre droite du volume d'une prune, mais qui ne saurait être identifié aux tumeurs mésonéphrétiques.

Tous ces cas sont des exemples typiques d'adéno-myômes et, comme on l'a remarqué, ces tumeurs peuvent apparaître dans un seul ligament rond, ou les

¹ Cullen, *loc. cit.*, p. 86.

deux à la fois, dans la grande lèvre, être logées dans le cul-de-sac vaginal postérieur, ou se rencontrer simultanément dans la région inguinale et au niveau du vagin.

Quant à l'*origine* de ces adénomyômes, on discute pour savoir s'ils proviennent du corps de Wolff ou du canal de Müller. Chaque partisan d'une des deux théories donne de bonnes raisons à l'appui de sa manière de conclure, mais la question n'est pas tranchée. La majorité tend, néanmoins, à admettre une origine müllérienne. R. Meyer croit même que, dans des cas rares, les inclusions épithéliales puissent provenir d'une mamelle inguinale supplémentaire.

Au point de vue *clinique*, nous savons qu'elles varient avec la menstruation; elles augmentent de volume au moment des règles et diminuent après. Cette augmentation de volume est en rapport sans doute avec les hémorragies glandulaires qui se produisent à cette époque et qui sont prouvées par le contenu hémorragique que l'on découvre au moment de l'opération.

Pour terminer, signalons le cas de A. Martin, que Cullen considère comme un adénomyôme kystique du ligament rond probable. Si cet adénomyôme s'est transformé en kyste, c'est qu'il n'éprouvait aucune entrave à son développement, comme pour les adénomyômes intraligamentaires ou sous-péritonéaux.

Enfin, pour être complet, nous dirons que Burkhard¹ a observé à la surface d'un petit kyste de l'*ovaire* un

¹ Burkhard, *Virch. Arch.*, 1896, t. CXLIV.

noyau myômateux, dans lequel il a pu démontrer l'existence de tubes glandulaires et de kystes revêtus d'un épithélium. Quant à l'origine des adénomyômes dans les ovaires, on admet qu'ils proviennent de débris du rein primitif qui se sont égarés ou qui ont pénétré dans l'ovaire en venant de l'époophoron (v. Babo).

Consultez au sujet des adénomyômes du ligament rond :

- ASCHOFF (L.). — Cystisches Adenofibrom der Leistengegend (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1899, t. IX, p. 25).
- BLUHM (A.). — Zur Pathologie des Lig. rotundum uteri (*Arch. f. Gyn.*, 1898, t. LV, p. 647).
- BLUMER (G.). — A case of adenomyoma of the round lig. (*Americ. Journ. of Obst.*, 1898, t. XXXVII, p. 37). Bibliographie. Confér. in *Brit. medic. journ.*, 1898, epitome of the vol. I, n° 340).
- COURANT — *Suppl. de Centralblatt f. Gyn.* de 1902, p. 249.
- CULLEN (Th.-S.). — Further remarks on adenomyoma of the round lig. (*Bull. of Johns Hopkins Hospital*, may 1896, t. IX, n° 87).
- Weitere Bemerkungen über Adenomyome des Lig. rot. (*Johns Hopkins Hospital Bul.*, 1898).
- *Adenomyome des Lig. rot. in Adenomyome des Uterus*, p. 85.
- EMANUEL (R.). — Ueber Tumoren des Lig. rot. uteri. Art. *Adenomyome* (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, t. XLVIII, p. 411). (Bibliographie, p. 424.)
- ENGELHARDT. — Noch ein Fall von Adenomyom des Lig. rot. uteri (*Virch. Arch.* 1899, t. CLVIII, p. 556). Bibliog.
- FRANKL. — Das runde Mutterband (*Denkschr. der Kais. Akad. d. Wiss.* Vienne, 1902).
- GEBHARD (C.). — *Patholog. Anatomie der weiblichen Sexualorgane*. Leipzig, 1899. Art. **LIGAMENT ROND**.
- VON HERFF (O.). — Ueber Cystomyome u. Adenomyome der Scheide (*Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gyn.*, 1897).
- MARTIN (A.). — Zur Pathologie des Lig. rot. (*Zeitschr. f. Geb. in Gyn.*, 1891, t. XXII, p. 444).
- MEYER (R.). — Ueber Drüsen, Cysten u. Adenome im Myome-

- trium bei Erwachsenen (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* 1900, XLIII, p. 329).
- MÜLLERHEIM. — Cyste d. Lig. rot. (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, XXXVIII, fasc. 2 et 3).
- PFANNENSTIEL (J.). — Ueber die Adenome des Genitalstranges (*Verh. d. deutschen Gesell. f. Gyn.*, 1897. Confer. in *Centralblatt f. Gyn.*, 1897, n° 25).
- PICK (L.). — Die Adenomyome der Leistengegend u. des hinteren Scheidengewölbes, etc. (*Arch. f. Gyn.*, 1898, t. LVII, p. 461).
- VON RECKLINGHAUSEN (Fr.). — Naturforschervers. Frankfurt. a. M. 23 sept. 1896. Conf. in *Centralbl. f. allg. Path.*, etc., 1896.
- RIBBERT (H.). — Geschwulstlehre, art. Aden. du lig. rond. Bonn, 1904.
- SZILI (A.). — Ein Fall von Adenofibrom des Lig. rot. (*Monatsschr. f. Gyn.*, 1902, t. XVI, fasc. 6, p. 974-989).
- ULEZKO-STROGANOVA (K.-P.). — Cystic tumour of the round lig. (*Vratch*, 1897, p. 1152, Confer. in *Brit. Medic. Journ.* 1898, epitome of the vol. I, n° 129).
- WEBER (F.). — Ueber Tumoren des Lig. rot. uteri (*Monatssch. f. Gyn.*, 1899, IX, p. 599).
-

CHAPITRE VI

PARTICULARITÉS DE STRUCTURE DES ADÉNOMYOMES.¹

TUMEURS MALIGNES

Dans Ribbert², il y a un adénomyôme qui touche à la muqueuse en plusieurs points et qui se distingue par des vacuoles au sein de son épithélium, telles des cellules caliciformes de muqueuses ou des cellules de cancers colloïdes (Gallertkrebs). Dans un autre cas de myôme, de la grosseur d'une noix, il trouva de nombreuses formations vacuolaires dans l'épithélium et de multiples cavités allongées ou arrondies, avec de grandes cellules cubiques, souvent comblées en totalité comme des alvéoles de cancer; cependant, les formations épithéliales s'arrêtaient exactement aux confins du myôme, de telle sorte que, d'après cet auteur, on ne pouvait être tenté d'admettre qu'on ait affaire à un cancer².

Il faut encore considérer comme une particularité le cas de Pick³: adénomyôme psammo-papillaire, et, un

¹ Meyer (R.), *Veit's Handbuch der Gynäk.*, 2^e édit, t. I, p. 483, 1907.

² Ribbert, H., *Geschwulstlehre f. Aertze u. Studierende*. Fr. Cohen., Bonn, 1904.

³ Pick (L.), *Arch. f. Gyn.*, 1897, t. LIV, p. 107.

cas analogue de Wiener¹, enfin un myôme sarcomateux (Bauereisen²) de la capsule duquel part une tumeur papillaire, pourvue de glandes et de kystes et qui dépasse largement la séreuse.

Bauereisen³ décrit, en outre, un adénome kystique (Cystadenome) qui, pédiculé, avec sa grande cavité dans la région de l'orifice interne de la matrice, débouche dans la cavité utérine et l'interprète comme un canal de Müller accessoire, primitif. Mais, puisque la tumeur n'est pas ouverte à son extrémité abdominale, une séparation secondaire du canal épithélial de Müller paraît plus probable.

Il est à peine nécessaire de parler spécialement des adénomyômes de l'utérus double, vu que l'histologie et la structure des tumeurs est identique. D'après mes recherches, si l'on admet que ces cas sont fréquents, c'est parce que des dislocations de l'épithélium müllérien ne sont pas très rares; il faut cependant remarquer que l'utérus double est exposé plus facilement dans la vie post-fœtale à des troubles inflammatoires.

La transformation en caduque (deciduale Umwandlung) du stroma des adénomyômes pendant la grossesse (Amos⁴, Melnikow-Raswedenkow⁵), étant donné que la transformation en caduque n'apparaît qu'au niveau

¹ Wiener, *Monatsschr., f. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. XVI, p. 131.

² Bauereisen, *Münch. med. Woch.*, 1904, p. 1321.

³ Bauereisen, *Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn.*, 1904, t. IX, Heft. I.

⁴ Amos, Decidua in Adenomyom u. Bauchdeckentumor (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, t. LIV, Heft. I, p. 171-175).

⁵ Melnikow-Raswedenkow, Adenomyoma uteri deciduale (Ref. in *Ergebnisse der Pathologie*, t. IX, p. 13).

de stromas enflammés, plaide en faveur d'un stroma hyperplasié et enflammé, mais ne prouve pas que le stroma vienne de la muqueuse utérine (Amos), vu que le même fait se produit à d'autres endroits, sous le péritoine (R. Meyer), dans le ligament large, au niveau de l'appendice, dans les fibromes de la paroi abdominale, etc.

Bauereisen décrit un adénomyôme sarcomateux, Césaris Demel¹ un « myofibrosarcoadénome », avec métastases.

Iwanoff² et Vitrac³ ont décrit chacun un cas où sarcome et cancer coïncidaient; Lubarsch met en doute le diagnostic de cancer.

¹ Césaris Demel, Ref. in *Frommel's Jahresbericht f. Geb. u. Gyn.*, 1900, p. 168.

² Iwanoff, *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, t. VII, p. 295.

³ Vitrac, Fibrome polikystique de l'utérus (*Annales de Gynéc.* t. XLIX).

CHAPITRE VII

HISTOGÉNÈSE DES ADÉNOMYOMES

A. — Adénome.

Etant donné que l'on trouve assez souvent un épithélium vibratile dans les adénomyômes, on ne peut évidemment faire dériver leurs tubes glandulaires que d'organes qui normalement possèdent un pareil épithélium. Il n'y a donc lieu de considérer que la muqueuse utérine (canal de Müller) et le corps de Wolff. La théorie d'après laquelle les adénomyômes doivent être rattachés à la muqueuse a été représentée par tous les auteurs qui en ont décrit des cas de ce genre avant la publication de v. Recklinghausen (1896). C'est alors seulement que cet auteur s'appuyant sur l'examen détaillé et approfondi de pas moins de vingt-sept cas, fit remarquer que certaines des particularités de ces tumeurs ne pouvaient trouver leur explication dans cette théorie. Il croit, au contraire, avoir trouvé beaucoup de signes indiquant une parenté des tubes glandulaires inclus dans les myômes de l'utérus avec les canalicules du rein primitif¹. Nous verrons que dans des cas,

¹ V. Recklinghausen avait déjà émis cette opinion en 1893.

rare d'après lui, ces formations glandulaires peuvent avoir une origine muqueuse.

Cette origine des éléments glandulaires a été très discutée et de nombreuses théories ont été émises pour l'expliquer.

Nous croyons pouvoir les résumer dans le **tableau** suivant :

1° Origine congénitale	{	a) Corps de Wolff (paroophoron).
		b) Canal de Gartner.
		c) Canal de Müller ¹ .
		d) Inclusions intra-pariétales de la muqueuse utérine au cours du développement fœtal.
2° Origine post-fœtale	{	Inflammatoire {
		a) Muqueuse utérine. b) Séreuse.

1° ORIGINE CONGÉNITALE

a) *Corps de Wolff (théorie de v. Recklinghausen).*

— Toutes les formations glandulaires sont développées aux dépens de débris embryonnaires du corps de Wolff. v. Recklinghausen cherche à prouver ses conclusions en s'appuyant :

1° Sur la disposition et la structure des tubes glandulaires qui, considérés dans leur ensemble ou au niveau de leurs différents segments, concordent point par point avec les formations analogues du corps de Wolff.

— Il faut remarquer surtout que la disposition pectinée

¹ « Il faut désigner sous le nom de conduits de Müller les tractus épithéliaux, qui se canalisent de bonne heure, jusqu'au moment où ils se réunissent pour former le tractus génital » (R. Meyer).

est propre à chaque groupe microscopique glandulaire, de même qu'au parovaire.

2° Sur l'existence de pseudo-glomérules, des corps pigmentaires avec la pigmentation fréquente du tissu. Ces formations nous montrent qu'au point de vue topographique, on ne peut faire dériver les adénomyômes que de la partie interne (médiale) du corps de Wolff à savoir du paroophoron et non de la partie latérale l'époophoron.

3° Sur la présence de cellules cylindriques à cils vibratiles rappelant les cellules du corps de Wolff.

4° Sur la *localisation*¹ des adénomyômes au niveau de la face postérieure et du fond de l'utérus ainsi qu'au niveau des cornes utérines (Tubenwinckel) ; c'est dans les couches périphériques et interstitielles qu'on les trouve surtout. Il explique d'ailleurs ce siège en disant que ce sont précisément ces parties du canal du Müller qui, au moment de la torsion spiralaire viennent reposer par leur face dorsale sur la partie du canal de Wolff qui répond au rein primitif et qu'à cet endroit il peut se produire des inclusions de débris du mésonephros.

v. Recklinghausen écrit à la fin de son travail² qu'il est convaincu qu'à part un cas provenant de la muqueuse³, il faut considérer l'origine paroophorale de toutes ses autres tumeurs de l'utérus « comme très pro-

¹ « Hauptsache bleibt es die Aufstellung der Adenomyome am Genitalschlauch zu berücksichtigen » (v. Recklinghausen, *loc. cit.*, p. 157).

² *Loc. cit.*, p. 223 en bas.

³ *Loc. cit.*, p. 227.

bable », et quant aux adénomyômes des trompes et des cornes utérines, « comme presque déjà démontrée ».

Cette théorie de l'éminent anatomo-pathologiste a trouvé dans Ricker, Aschoff, Gebhard, Borst, et d'autres de chauds défenseurs.

Max Voigt¹, de son côté, trouve dans deux cas de myômes utérins des formations glandulaires dont il rattache l'origine à une persistance embryonnaire du canal de Wolff ou du canal de Müller.

Pick² a étudié un fibromyôme sous-séreux enlevé par hystérectomie, chez une femme de quarante-cinq ans, atteinte depuis quelques mois d'hémorragies rebelles : il a trouvé dans l'épaisseur de la tumeur et du muscle utérin des inclusions épithéliales formant des tumeurs glandulo-kystiques dans la région sous-séreuse.

Dans tout le reste du muscle utérin, il n'y avait pas de glandes. Pick, se fondant sur la présence d'épithélium cylindrique vibratil et sur l'existence de cavités sphériques analogues aux pseudo-glomérules de v. Recklinghausen, admet que les formations glandulaires se sont développées aux dépens du corps de Wolff.

Breuss considère également ces formations glandulaires comme dérivant des débris du canal de Wolff.

Mais cette théorie a eu des adversaires absolus dans

¹ Max Voigt, *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, t. III, fasc. 1, p. 100.

² Pick L., *Arch. f. Gyn.*, 1900, t. LX, p. 1.

la personne de Kossmann¹, Cullen², v. Lockstaedt³, R. Meyer⁴ et d'autres.

Quoi qu'il en soit de la théorie de v. Recklinghausen « il n'existe jusqu'à présent qu'un seul cas, celui de R. Meyer⁵, qui se distingue de tous les autres adénomyômes et qui à cause de ses tractus canaliculés fortement flexueux, peut revendiquer une origine mésonéphrétique, comme d'ailleurs l'admet Ribbert. Partant de ce seul cas, et, puisque on ne peut pas tout à fait contester qu'il ne vienne du canal de Wolff, on ne peut pas faire de généralisation ». Il s'agissait dans ce cas d'une tumeur avec des canaux épithéliaux flexueux, ayant une paroi propre, fibro-musculaire, feuilletée et présentant de nombreuses dilatations de la lumière glandulaire ainsi que des proliférations polypeuses intracaniculaires (analogues à l'adénome du sein). (Ribbert⁶). On rattache également à cette origine mésonéphrétique les adénomyômes du ligament rond, ceux du ligament large et des culs-de-sac vaginaux, enfin des ovaires (v. Babo).

b) *Canal de Gartner (Wolff)*. — Cette origine est admise pour les tumeurs siégeant dans la partie cervicale de l'utérus et du vagin (v. Herff, Pfannenstiel, Pick,

¹ Kossmann, *Arch. f. Gyn.*, 1897, t. XLIV, p. 359.

² Cullen, *Cancer of the uterus*, 1900.

³ V. Lockstaedt, *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, t. VII, p. 188 (Bibliogr.).

⁴ Meyer R., *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, t. XLIX, p. 464-507.

⁵ Meyer R., *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, Bd. XLIX, Heft 3, et Veit's Handbuch, 2^e édit., 1907, t. I, p. 475.

⁶ Ribbert H., *Geschwulstlehre*, Bonn, 1904.

R. Meyer). — Breuss admet cette origine pour un de ses myômes kystiques.

c) *Canal de Müller* (muqueuse). — Contrairement aux idées soutenues par v. Recklinghausen et par les auteurs précédents, Hauser, Diesterweg, Cullen, Kossmann, v. Lockstaedt font dériver les formations glandulaires des myômes, non pas du corps de Wolff, mais du canal de Müller.

Les malformations des canaux de Müller sont assez mal connues; toutefois, on sait que la partie supérieure de ces canaux présente assez souvent des diverticules susceptibles de se développer et de donner lieu à des pavillons accessoires de la trompe dans lesquels peuvent se développer des grossesses extra-utérines; ces pavillons accessoires sont même assez fréquents, puisque Richard, en 1857, les rencontrait 5 fois sur 50 cas.

Il ne semble évidemment pas illogique d'admettre que des anomalies semblables à celles que l'on a constatées sur les trompes peuvent exister sur toute l'étendue des canaux, de Müller et que, de la partie inférieure de ces canaux peuvent partir des *diverticules épithéliaux* qui s'enfoncent dans la paroi utérine et peuvent être incluses dans les formations fibromyomateuses.

A l'appui de leur théorie, Cullen et Kossmann citent trois cas dans lesquels les formations glandulaires aboutissent à un ou plusieurs canaux ouverts dans la cavité utérine. Le cas de Breuss, un cas analogue de v. Recklinghausen doivent également, d'après ces auteurs, être interprétés comme des formations

développées aux dépens de diverticules des canaux de Müller.

Baraban et Vautrin¹, de Nancy, ont rapporté un cas de tumeur fibro-kystique du col utérin dans lequel la cavité kystique principale était tapissée, dans la plus grande partie de son étendue, par un épithélium cylindrique à une seule couche et, en quelques endroits, par un épithélium pavimenteux : parmi les cellules de l'épithélium cylindrique, les unes sont caliciformes, les autres ciliées, d'autres enfin avec plateau dépourvu de cils. Se fondant sur la diversité de ces revêtements épithéliaux, les auteurs admettent qu'ils proviennent du canal de Müller ; en effet, on trouve dans cette tumeur tous les types d'épithéliums de l'utérus et du vagin.

Toutefois, Baraban et Vautrin n'admettent guère l'existence de diverticules du canal de Müller, ils pensent que les éléments épithéliaux de la paroi utérine proviennent plutôt d'un défaut de réunion des canaux de Müller : *Au moment de la coalescence de ces canaux*, une portion de la paroi de l'un d'eux se serait incluse, aurait été pincée dans la paroi utérine comme le fait l'épiderme le long de fentes branchiales pour produire des kystes dermoïdes.

Cette théorie semblerait surtout expliquer la formation de grands kystes interstitiels et sous-muqueux communiquant parfois avec la cavité utérine et résultant, en définitive, d'une *anomalie de développement*

¹ Baraban et Vautrin (*Annales de Gyn.*, 1898, t. II, p. 412.

du canal de Müller (Bauereisen, Ribbert, Amann, Lichtenstern, Amos).

d) *Inclusion intrapariétale de la muqueuse utérine au cours du développement fœtal.* — Schroeder¹ a soutenu énergiquement cette théorie de l'origine muqueuse des éléments épithéliaux intramyomateux en s'appuyant surtout sur deux cas de Breuss et un de v. Recklinghausen dans lequel on a trouvé des kystes à revêtement épithélial communiquant par un canal infundibuliforme avec la cavité utérine.

Dans son premier mémoire, v. Recklinghausen s'est élevé très énergiquement contre cette théorie. Son argument principal réside dans ce fait que la trompe, même dans sa portion pariétale, est complètement dépourvue de glandes, or les adénomyômes tubaires sont loin d'être rares; d'autre part, il s'appuie sur un certain nombre d'observations dans lesquelles on a trouvé des glandes dans les myômes sous-séreux très éloignés et complètement isolés de la cavité utérine. Enfin, il insiste sur la forme spéciale et caractéristique des formations épithéliales rappelant la structure et la disposition du paroophoron.

A la suite de son premier mémoire, v. Recklinghausen eut l'occasion d'examiner une tumeur dont les éléments glandulaires dérivaien^t évidemment des glandes de la muqueuse utérine : le fibromyôme siégeait dans la paroi antérieure de l'utérus; à l'intérieur, il était en contact intime avec la muqueuse utérine,

¹ Schroeder, *Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*, Leipzig, 1899.

les éléments glandulaires constituaient des tubes épithéliaux associés, réunis, en sorte que l'ensemble donnait l'impression d'une muqueuse utérine hyperplasiée. De cette observation, v. Recklinghausen conclut que dans quelques cas, rares d'ailleurs, les éléments glandulaires des myômes peuvent dériver de la muqueuse utérine.

Depuis, la théorie de l'origine muqueuse de la plupart des formations glandulaires des myômes a été soutenue par Schröder, Neumann¹, v. Lockstaedt, Pick².

Schröder admet que les éléments glandulaires trouvés dans les myômes ou dans la paroi utérine proviennent d'inclusion intra-pariétale de la muqueuse au cours du développement fœtal; au début, la muqueuse pousse des évaginations en cul-de-sac dans l'épaisseur de la paroi; au cours du développement, ces évaginations sont séparées de la cavité utérine par la croissance du tissu musculaire avoisinant et restent incluses au milieu de la paroi utérine.

Neumann admet en partie cette théorie pour un myôme interstitiel avec éléments épithéliaux qu'il fait dériver d'une inclusion fœtale de la muqueuse.

Il est probable, écrit v. Lockstaedt, que la muqueuse utérine a pénétré dans le myomètre à un moment où il n'était encore que peu développé ou même pas du tout, et qu'il faut considérer les grands canaux recouverts de muqueuse comme en relation avec un trouble dans le développement embryonnaire et que cela ne peut

¹ Neumann, *Arch. f. Gyn.*, 1899, Bd. VIII, p. 394.

² Pick L., *Arch. f. Gyn.*, 1900, t. IX, p. 176-200.

pas se produire après le développement complet de l'organisme (v. Recklinghausen).

Quant à l'époque où se produit ce phénomène, il est probable également qu'il dépend de l'époque et de la cause qui entrent comme facteurs étiologiques dans les malformations si fréquentes qui accompagnent les adénomyômes. Diesterweg, Strauss, partagent cet avis. Mais v. Lockstaedt prévoit l'objection qu'on pourrait lui faire : la muqueuse utérine chez l'embryon ne possède pas de glandes et, d'après les recherches faites jusqu'à présent, pas d'épithélium cilié. Or, il faut admettre que les conditions de nutrition qu'ils trouvent au moment de la puberté sont assez favorables pour leur permettre le même développement que la muqueuse utérine restée en place, quand ils ont pu subsister jusqu'à cette époque.

D'après v. Lockstaedt, non seulement les adénomyômes de l'utérus, qu'ils soient sous-muqueux, interstitiels ou sous-séreux, mais encore ceux des cornes utérines et des trompes proviendraient des débris de muqueuse fœtale.

La discussion n'est donc pas tranchée entre les partisans de l'origine Wolffienne et ceux de l'origine Müllérienne. Il y a en faveur de la première le système glandulaire des adénomyômes tel que le décrit v. Recklinghausen dans son cas I. C'est, d'autre part, la seule théorie qui explique la fréquence plus grande de ces tumeurs à certains points plutôt qu'à d'autres. C'est ainsi, par exemple, que la corne utérine est le seul point de l'utérus dans le voisinage duquel, d'après

Waldeyer¹, on les trouve normalement de temps à autre.

« S'il y a un cas en faveur de la théorie de v. Recklinghausen, il y en a trois en faveur de l'origine muqueuse, dit v. Locdstaedt.

« En faveur de la théorie muqueuse il y a ce fait qu'elle peut être démontrée pour certains cas et que, d'autre part, le tissu cytogène observé dans la plupart des adénomyômes forme un élément constant de la muqueuse utérine normale, tandis qu'on ne l'a pas encore trouvé au niveau de véritables débris du rein primitif. Et si avec cette théorie on ne peut pas expliquer les sièges de prédilection de ces tumeurs, nous voyons la même difficulté pour d'autres tumeurs, telles que les myômes ordinaires. Ceux-ci sont, en se basant sur les données de Orth, comme les adénomyômes, plus fréquents au niveau de la face dorsale que ventrale, plus souvent interstitiels que sous-muqueux et sous-séreux, enfin plus fréquents au niveau du corps que du col et des trompes.

Enfin, pour terminer ce qui a trait à l'origine congénitale des adénomyômes, surtout de leurs éléments épithéliaux, nous rapporterons, plutôt par curiosité, cette hypothèse de R. Meyer² : « On peut encore se demander si par hasard le blastème intermédiaire (Zwischenblastem) situé entre le blastème du rein primitif et le blastème rénal ne pourrait pas exceptionnellement pénétrer dans l'utérus. Normalement, ce

¹ Waldeyer, *Eierstock*, u. *Ei.*, 1870.

² R. Meyer, *Veit's Handbuch der Gynäk.*, t. I, p 480, 1907.

blastème intermédiaire est situé, par suite du déplacement du rein en arrière et en haut du tractus génital et disparaît bientôt sans se transformer en tubes glandulaires. Il faudrait auparavant admettre non seulement une transposition anormale de ce blastème, mais encore sa persistance et enfin sa transformation exceptionnelle en canaux. Jusqu'à présent, je doute encore de cette possibilité à moins qu'il existât des anomalies par ailleurs ; par contre, je considère comme possible cette transposition si elle est accompagnée d'autres tissus indifférents (v. Tumeurs mixtes). Dans un cas que j'ai indiqué de cette façon, au niveau du vagin chez une petite fille à la naissance, il n'y avait certes pas de ressemblance avec le mésonéphros à l'époque de son activité fonctionnelle, mais tout au plus avec ces canaux qui auraient persisté, de même que chez des oiseaux quand le blastème intermédiaire se développe, il n'arrive pas à ressembler au mésonéphros, mais ne fournit que des canalicules isolés. »

2° ORIGINE POST-FŒTALE, INFLAMMATOIRE

a) *Muqueuse utérine*. — Beaucoup d'auteurs, pour ne pas dire la plupart, qui ont étudié cette question, repoussent l'idée d'une inclusion fœtale de culs-de-sac sous-muqueux. « Tout le monde reconnaît, au contraire, que l'adénome peut provenir de la muqueuse utérine dans la vie post-fœtale étant donné les cas où la tumeur est en rapport avec la muqueuse directement, par de nombreux émissaires glandulaires. Une autre question est de savoir comment on peut expliquer cette

prolifération ; autrefois, on admettait généralement que la transgression des limites physiologiques signifiait incontestablement une dégénérescence maligne. Après avoir examiné de nombreux utérus métritiques et adénomyômateux, de même que des trompes enflammées, je puis admettre que dans tous les cas le début est provoqué par une inflammation. Dans les stades précoces, on aperçoit de nombreux petits abcès et d'infiltrats dans la muqueuse et le tissu musculaire ; à la limite des deux, il se produit une fonte des tissus, généralement peu marquée, rarement très importante, une déhiscence des interstices musculaires et, la pénétration de l'épithélium au niveau de ces derniers est une sorte de cicatrisation d'une fistule. Celle-ci se produit partout où l'infiltration de cellules jeunes l'a précédée et ceci explique la distribution des canaux épithéliaux le long des vaisseaux (R. Meyer) et à la façon des ramifications des vaisseaux lymphatiques (v. Franqué). Un processus manifestement semblable, tel que la pénétration d'épithélium cutané dans des tissus de granulations fut décrit pour la première fois par Friedländer. — Hoehne (*Ergebnisse der allg. Path.*, Bd. IX, 2), précédemment, était déjà arrivé à la même conception. — Il ne faut cependant pas, dans une partie des cas, considérer ces processus comme de simples cicatrisations épithéliales ; au contraire, dans beaucoup de cas, il faut qu'il existe déjà une assez forte hyperplasie muqueuse ou qu'au moins elle s'installe en même temps, conduisant ensuite à ces proliférations adénomateuses abondantes avec ou sans hyperplasie musculaire concomitante. On ne peut pas fixer de limite exacte,

comme il a été dit, quand on est en droit de parler d'adénome.

On peut donc résolument soutenir, comme von Franqué l'avait admis le premier, que presque tous les adénomyômes reposent ainsi sur une base inflammatoire ; parlent en cette faveur :

1° Leur croissance diffuse ; 2° la participation relativement minime de myômes sphériques qui peuvent coexister ; 3° la grande rareté d'adénomyômes nettement sphériques ; 4° enfin, la fréquence de puissantes adhérences (R. Meyer¹).

Baldy et Longcope adoptent également cette idée que, dans la majorité des cas, les éléments épithéliaux trouvés dans les myômes proviennent de la muqueuse utérine enflammée ; sur la photographie de coupes histologiques annexées à leur mémoire, on peut suivre très nettement l'évolution des éléments glandulaires qui se montrent d'abord sous forme de simples invaginations en cul-de-sac, puis de tubes glandulaires plus ou moins profonds enfoncés dans le tissu fibromyomateux, enfin sous forme de petites cavités kystiques complètement isolées au milieu de ce tissu.

Schottländer, Schröder, C. Ruge, Hauser admettent que les éléments épithéliaux des myômes proviennent de la muqueuse enflammée : le développement du myôme irrite la muqueuse et celle-ci, enflammée, envoie dans le muscle des invaginations glandulaires ; et c'est ainsi que l'on rapporte des cas de glandes utérines pénétrant profondément et isolément (Lubarsch, Rib-

¹ R. Meyer, *loc. cit.*, p. 475.

bert, C. Ruge, R. Meyer) pour expliquer l'origine d'adénomyômes profondément situés. — « En premier lieu, dit R. Meyer, on peut laisser subsister cette manière de voir pour ce qui est des tumeurs qui sont directement sous-muqueuses telles que les myômes sphériques circonscrits, qui deviennent alors la plupart du temps polypeux ; à l'appui de cette opinion, je puis montrer de très petits myômes, qui enserrent réellement des petits fragments de muqueuse. On doit cependant se représenter que dans une certaine mesure les myômes assez volumineux n'ont pas une croissance diffuse, par conséquent n'entourent pas et n'enserrent pas la muqueuse, mais la repoussent seulement devant eux ; la preuve en est que les myômes qui apparaissent sous forme de polypes ne renferment généralement pas de glandes. »

Tous les auteurs français qui se sont occupés de la question, tels que Legueu et Marien, Claisse, Jayle et Cohn, etc., admettent cette origine muqueuse et inflammatoire. Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il y a un groupe d'adénomyômes dont les glandes proviennent de la muqueuse utérine, et que cette origine n'est ni absolue, ni générale.

Nous admettrons de même que les inclusions intrapariétales de muqueuse utérine pendant la vie fœtale n'ont en elles-mêmes aucune tendance à la formation de tumeurs et que, s'il en résulte des adénomyômes, c'est dans les mêmes conditions que pour la muqueuse située à sa place normale.

b) *Séreuse*. — Cette origine a été admise par Iwanoff, plus tard également par R. Meyer, Opitz, Stein,

Ribbert et d'autres. Il y a lieu de ranger également dans cette catégorie les cas de Nebesky, Füth, v. Franqué, v. Rosthorn.

L'inflammation agit ici d'une façon analogue que sur la muqueuse utérine. On trouve de petites cavités kystiques situées immédiatement sous le revêtement péritonéal de l'utérus. Elles sont revêtues d'une seule couche de cellules cubiques et reposent directement sur le tissu musculaire. A certains endroits, on peut voir qu'elles communiquent avec la cavité péritonéale. On constate ce fait dans les points où les cellules péritonéales sont à l'abri, tels que sous des adhérences tubaires ou au niveau des cryptes répandues à la surface des ovaires; c'est surtout là que les cellules ont une tendance à devenir cubiques (Cullen). Ces proliférations ressemblent à celles de la muqueuse et peuvent parfois donner lieu à des tumeurs volumineuses, comme par exemple le cas de Semmelink et Josselin de Jong. « D'après mes constatations, dit R. Meyer, l'origine séreuse de tels adénomyômes périphériques n'est plus une hypothèse, mais un fait.

« Partant de là, les adénomyômes, en tant que véritables tumeurs, ne se différencient pas en principe d'autres myômes nés sur un sol métritique, mais seulement par incorporation graduelle d'épithéliums muqueux, séreux ou par hasard fœtaux, consécutivement à l'ouverture d'infiltrations et d'abcès à la surface épithéliale. Une grande partie des adénomyômes n'est pas à ranger parmi les tumeurs, mais parmi les métrites. »

**B. Histogénèse de la partie conjonctive et myômateuse
des adénomyômes.**

Nous pouvons être bref, car il ressort de ce qui a été dit précédemment que la plupart des adénomyômes ne se différencient pas au point de vue génétique de la métrite et des simples myômes, suivant qu'ils sont combinés plus ou moins avec des produits d'endométrite hyperplasique ou même avec des myômes sphériques.

Le *tissu conjonctif*, ordinairement fuso-cellulaire, qui accompagne souvent une partie des formations épithéliales, peut être considéré par sa fonction comme un stroma; il peut provenir de cellules du stroma préformées, mais, même dans le cas d'adénomyômes muqueux, une bonne partie de ce stroma provient du tissu conjonctif intermusculaire, principalement de celui qui entoure les vaisseaux. Il est inutile de discuter la valeur histogénétique de la quantité de tissu conjonctif, sur laquelle se basent v. Recklinghausen et surtout Pick, si l'on admet une origine inflammatoire où le tissu cytogène a toujours proliféré.

De même que pour les éléments épithéliaux, on a admis une origine congénitale de *l'élément musculaire*. D'après Ricker, Hauser, Ribbert, il proviendrait d'inclusions musculaires fœtales entraînant avec elles des éléments épithéliaux ou irritant les glandes utérines du voisinage. Pour v. Recklinghausen, c'est encore au corps de Wolff qu'il faut rapporter l'élément myômateux. R. Meyer n'admet cette dernière hypothèse, et

beaucoup d'auteurs avec lui, que pour sa tumeur véritablement méso-néphritique. Quant à Ribbert, il rejette complètement cette hypothèse de v. Recklinghausen.

L'adénome exerce-t-il une influence réelle sur le tissu musculaire voisin ou, inversement, est-ce le myôme qui préexiste? Nous ne savons absolument rien de précis à ce sujet.

En résumé, nous concluons : « Il est infiniment probable que la pathogénie des adénomyômes n'est pas univoque et varie au contraire suivant les cas considérés. Les tumeurs situées superficiellement dans les couches externes de la musculature utérine reconnaissent sans doute une origine congénitale, wolffienne; celles qui siègent, au contraire, dans le voisinage de la cavité de l'utérus, dérivent ou peuvent dériver d'un bourgeonnement actif des glandes de la muqueuse » (Pozzi).

CHAPITRE VIII

ÉTIOLOGIE

Tant que nous ne connaissons pas l'étiologie *anatomique* des tumeurs en général, il sera téméraire de se prononcer sur l'étiologie *clinique* d'une forme spéciale de tumeur qui représente une affection relativement si fréquente, tel que le myôme utérin. Jusqu'à ces dernières années, on s'était contenté d'idées générales. Or, il a été démontré qu'une sorte de myômes, les adénomyômes — ainsi qu'il ressort de la description anatomique — doivent être rapportés à des glandes préexistantes qui se trouveraient détachées d'une façon anormale et congénitalement dans la paroi de l'utérus. Von Recklinghausen se montre très réservé au sujet de l'étiologie des myômes, voire même des adénomyômes. Ils peuvent être dus (*origine congénitale*) à la persistance de débris du corps ou du canal de Wolff (v. Recklinghausen); d'autres auteurs font dériver ces formations des conduits de Müller ou même des ramifications du conduit de Gartner; d'autres proviennent de la muqueuse utérine par inflammation (*origine extra-utérine*). A côté de ceux-ci existeraient des adénomyômes muqueux d'origine embryonnaire (Pick).

Si, jusqu'à présent, on n'a pas encore pu mettre de la clarté dans l'étiologie de ces tumeurs, cela repose avant tout dans ce fait que l'on n'est pas encore arrivé à prouver l'existence, dans les parois de l'utérus et des trompes, des éléments caractéristiques du rein primitif (Ribbert).

Admettons d'un autre côté avec Veit que, dans la vie intra-utérine, il se produit des perturbations dans le développement du canal de Wolff ou de Gartner et qu'elles sont très fréquentes. Or, on sait que beaucoup de ces débris disparaissent et, par conséquent, ne comptent plus pour la formation des adénomyômes. Pourquoi certains de ces germes, au lieu de régresser, aboutissent-ils à cette formation ?

Au point de vue théorique, on comprend parfaitement que si des germes sont assez volumineux ou nombreux ou situés en un point leur permettant spécialement d'être nourris facilement, ils puissent se développer de préférence dans ces endroits qu'ailleurs. Il est possible que des germes qui se trouvaient tout d'abord dans un état de nutrition défavorable puissent, à l'approche de la puberté puis peu à peu avec la menstruation, se trouver en meilleure posture et que d'un autre côté, à l'époque de la ménopause, par le fait de la diminution progressive de l'apport sanguin, au niveau des productions normales des organes génitaux, les germes pathologiques qui s'y trouvent deviennent l'occasion de la persistance ou de la recrudescence de l'apport sanguin et, par suite, de la formation néoplasique.

Ce sont là des considérations qui se rattachent d'une

façon générale à l'état actuel de la question de la genèse des tumeurs.

Parmi les causes prédisposantes, on peut citer : les vices de constitution (v. Recklinghausen), l'hérédité, l'endométrite glandulaire hyperplasique (Veit), l'accouchement et l'avortement (?) en y ajoutant toutes celles qui ont été invoquées pour les fibromyômes et en partie pour les métrites. En somme, toutes les causes qui augmentent l'apport sanguin au niveau des organes génitaux de la femme, les irritations locales et les processus inflammatoires chroniques peuvent devenir l'occasion du développement ultérieur de germes erratiques jusqu'à la formation de véritables tumeurs.

L'endométrite glandulaire *hyperplasique*¹ pénètre souvent avec ses glandes profondément dans le muscle utérin. De cette hyperplasie peut résulter une prédisposition à l'adénomyôme. Veit a guéri beaucoup de femmes atteintes d'endométrite glandulaire dysménorrhéique et pour toujours ; chez quelques-unes il a vu, après un temps assez long, se développer des myômes utérins. Il s'est demandé s'il n'existait pas un rapport entre l'endométrite glandulaire et l'origine des myômes. « Cette idée s'imposait à mon esprit, dit-il, lorsque je reconnus chez une de ces malades, dans le myôme que j'enlevais plus tard, un adénomyôme avec formations glandulaires, indiquant une provenance endométritique. »

L'étude de l'évolution clinique, dit Cullen², ne nous

¹ J. Veit, in *Handbuch der Gynäk.*, 1907, t. I, p. 495.

² Cullen, *Adenomyome*, p. 82.

renseigne pas sur la cause de l'adénomyôme de l'utérus. Par l'examen histologique, on a l'impression que la tumeur myômateuse diffuse est le facteur primitif. Dans ces cas il y a une disposition à la formation de myômes, ainsi qu'il ressort de la présence presque constante de nodules myômateux isolés.

En somme, cette étiologie reste encore obscure et nous ne savons pas grand'chose de précis à ce sujet.

CHAPITRE IX

ÉVOLUTION

« Etant donné que nous trouvons dans la paroi d'un seul et même utérus à côté des adénomyômes très souvent aussi des myômes simples, interstitiels ou pédiculés, on est tout disposé à penser qu'il est possible que les premiers ne représentent peut-être qu'un stade plus jeune, voir même très passager, des seconds. Néanmoins, cette hypothèse d'une *transformation de l'adénomyôme en myôme simple* par disparition de l'épithélium des canaux glandulaires n'a pas pu être confirmée par mes recherches » (v. Recklinghausen, *loc. cit.* p. 185). Le fait est possible pour Claisse, mais il le croit exceptionnel. « Dans la majorité des cas, sinon toujours, le fibromyôme a bien une origine et un développement uniquement périvasculaire ». Avec Piquand nous admettrons néanmoins qu'ils *s'atrophient* souvent et même disparaissent complètement, étouffés par la prolifération du tissu fibromyomateux. Mais alors R. Meyer ne les regarde plus comme de véritables tumeurs, mais un simple processus inflammatoire en voie de régression.

Il semble que les adénomyômes utérins *s'accroissent*

plus rapidement que les fibromyômes. Ils se comportent d'ailleurs comme des tumeurs bénignes; ce sont bien des adénomes et non pas des cancers.

D'autres fois les éléments épithéliaux peuvent se multiplier, déterminer la formation de cavités kystiques souvent très volumineuses qui refoulent plus ou moins complètement le tissu utérin (*cyto-adénomyômes*). « Plus le tissu glandulaire est abondant dans les adénomyômes, plus les kystes sont nombreux et considérables; cela se voit en général dans les adénomyômes volumineux du corps de l'utérus. Ce n'est que dans ceux-ci que le terrain est préparé pour les grands kystes (par exemple, cas II, III et l'observation de Breus). Il est possible que la sécrétion au niveau des appareils glandulaires ne soit pas continue, mais n'apparaisse qu'à certains moments sous l'influence de congestions locales. Le produit de sécrétion séjourne et s'emmagasine, parce que la paroi est devenue à la suite de la sclérose et de l'épaississement inflammatoire incapable de résorber à nouveau le liquide sécrété. Ce n'est que quand cette résorption est entravée, quand des masses solides, des cellules et des corpuscules sanguins y ont été déversés, ou quand les parois des glandes sont altérées qu'il reste un excès de sécrétion et que le kyste se produit. Pour donner à cette hypothèse un point d'appui réel, qu'on veuille bien se rappeler la tendance manifeste à l'hémorragie et à la formation de pigments que précisément présente l'appareil glandulaire de nos tumeurs. Je ne connais en faveur de ce fait pas d'autre interprétation que celle d'être exposée à des hyperémies périodiques, des congestions fonc-

tionnelles facilement en excès et je fais allusion par là aux congestions physiologiques pendant la menstruation et pendant les rapports sexuels, plutôt qu'à des congestions pathologiques, à proprement parler inflammatoires, comme l'a fait Chiari ». (Von Recklinghausen, *loc. cit.*, p. 187.)

S'il est incontestable, disent Legueu et Marien, que, dans certains cas, de grands kystes de l'utérus ont une origine wolffienne (Fischel, 1884; Klein, 1890; v. Recklinghausen, 1896), il en est cependant un certain nombre qui relèvent d'un autre processus; ils résultent de la transformation des éléments glandulaires partis de la muqueuse utérine.

Löhlein en 1889 a présenté à la Société de gynécologie de Berlin un cas d'adénome du corps utérin avec formations kystiques multiples dans la paroi du corps. De même, Schatz attribue à une transformation kystadénomateuse des glandes de l'utérus les kystes développés dans la paroi d'un fibro-adénome diffus et polypeux de l'utérin, observé et examiné par lui. Legueu et Marien¹ admettent un même processus pour un myôme où ils ont trouvé « côte à côte des cavités kystiques et des éléments glandulaires disséminés, non encore transformés ».

C'est aux adénomyômes qu'il faut rattacher les *cytofibromes avec revêtement épithélial*, les distinguant de l'autre variété sans revêtement épithélial, rapportés par les auteurs. Nous pensons que c'est ainsi qu'il faut interpréter les faits rapportés par Piquand dans sa

¹ Legueu et Marien, *Annales de Gynéc.*, 1897, t. XLVII, p. 142.

thèse (p. 276 et suiv.) de tumeurs de ce genre développées en plein dans le tissu fibromateux, de même que ces cavités kystiques développées dans le tissu sous-séreux entre le péritoine et la masse du fibrome (Walther, *in* thèse Piquand, Delore *in* *Lyon méd.*, 1902, p. 714). Aussi, partant de là, on comprend facilement leur pathogénie, surtout si l'on se reporte aux diverses théories passées en revue dans un autre chapitre.

On a rencontré également des tumeurs *télangiectasiques*. « Au fur et à mesure que les malades avancent en âge, il semble que ce soit surtout au niveau des éléments musculaires des adénomyômes qu'apparaissent des modifications. En effet, cette forme n'a été vue que chez des individus ayant déjà atteint soixantedix ans (tumeur du corps : cas V b et adénomyômes des angles : cas XVIII et XX). Dans ces tumeurs, les éléments musculaires étaient si petits qu'il était difficile de les distinguer des cellules conjonctives de la substance cytogénique. Mais on trouvait encore, en dehors du territoire de la tumeur, des traînées de fibres musculaires fusiformes courtes, ordinairement dans les parties très vascularisées de la paroi utérine tel que la couche sous-muqueuse (cas V b, XVIII et XX). C'est probablement le résultat d'un processus atrophique et non pas un stade jeune de la néoproduction » (v. Recklinghausen, p. 186). Le développement considérable du tissu vasculaire imprime aux adénomyômes télangiectasiques un caractère particulier. Le tissu glandulaire est moins abondant que dans les autres adénomyômes.

Enfin, ces éléments glandulaires peuvent proliférer et dégénérer en donnant lieu à une *tumeur épithéliale maligne* qui se développe au milieu du tissu fibromyomateux et peut en imposer pour une transformation épithéliale de ce tissu. Le carcinome est, en effet, une tumeur épithéliale qui ne peut naître qu'aux dépens d'épithélium c'est-à-dire de tissus ayant pour origine le feuillet externe ou interne du blastoderme. Le fibromyôme, au contraire, est formé de tissu musculaire et conjonctif c'est-à-dire d'éléments ayant pour origine le feuillet moyen du blastoderme : il ne peut donc jamais, en raison de sa constitution histologique et de son origine embryologique, donner naissance à un carcinome. (Cette question, vue son importance, a été traitée dans un paragraphe spécial.)

CHAPITRE X

ADÉNOMYOMES DE L'UTÉRUS ET CANCER

Il est démontré, d'une façon indubitable, par de nombreuses recherches, que les adénomyômes doivent être considérés en général comme des tumeurs bénignes. Or, de notre étude des adénomyômes de l'utérus, il ressort que les éléments glandulaires sont dans leurs particularités, tant histologiques que physiologiques, des glandes utérines normales. Nous voyons souvent un adéno-cancer se développer sur une muqueuse utérine normale. Nous ne devons donc pas être très étonnés quand nous découvrons de temps à autre un adéno-cancer dans un adénomyôme. Néanmoins, la prolifération cancéreuse des adénomyômes reste une rareté, quoique, depuis que l'on examine plus attentivement les myômes, le nombre des adénomyômes soit plus grand qu'on ne l'avait soupçonné jusqu'à présent.

Des cas isolés ont été décrits par Babesiu¹, v. Recklinghausen². Celui-ci rapporte trois cas d'adéno-

¹ Babesiu, V., Ueber epitheliale Geschwülste in Uterus-myomen (*Wien. allg. med. Ztg.* Bd. 4 u. 5, p. 36, 1882, t. XXVII, p. 48).

² Von Recklinghausen: *Adenomyome*, etc., p. 181 et suiv. Cas : A, B, C.

myômes compliquées de cancer. De l'examen de ces trois pièces, il résulte que : « la disposition de l'épithélium répond rarement aux glandes tubaires, ordinairement aux glandes en grappes, mais elle justifie en général l'emploi de la désignation spéciale d'adénocancer ou adénome malin. La disposition qui nous frappe surtout est celle qui représente l'accroissement intraglandulaire ou invertens (Gebhard), moins souvent la forme extraglandulaire ou evertens. Toutes les trois forment dans la paroi utérine des tumeurs centrales, disposées concentriquement autour de la cavité utérine. Nous pouvons conclure, avec une grande vraisemblance, de ce rapport, que la portion proprement cancéreuse de ces néoproductions malignes, à savoir leur élément épithélial, est à rattacher dans un consensus génétique avec les appareils épithéliaux de la muqueuse utérine, qu'enfin le point de départ du cancer est dans la cavité utérine ».

D'avis avec Hauser, v. Recklinghausen admet une transformation des propriétés biologiques des cellules du tube glandulaire, ce qui leur permet de proliférer librement (métaplasie de Virchow). L'épithélium devient pluristratifié et les cellules ne sont plus cylindro-cubiques. « Cette transformation du caractère de l'épithélium (par exemple dans le cas A) n'a évidemment pas causé ou provoqué la métamorphose cancéreuse; elle a été, au contraire, observée à l'occasion dans les adénomyômes les plus bénins. Par conséquent, elle ne peut caractériser le cancer, quoiqu'elle se rencontre indubitablement dans les tissus cancéreux, même souvent, d'après ce que l'on

a vu jusqu'à présent, dans les glandes au cas de cancer utérin » (v. Recklinghausen, p. 206).

Rolly¹ rapporte un cas de myôme calcifié interstitiel, du corps de l'utérus avec un adénome kystique à gauche, un adénomyôme à droite qui est transformé en cancer avec métastases dans les os, la plèvre, les ganglions lymphatiques et le foie. On a pu exclure avec certitude le rapport entre le cancer et la muqueuse utérine. L'adénomyôme proviendrait probablement du corps de Wolff. Quoique cet auteur ne puisse donner une preuve évidente de l'origine mésonéphritique, il l'admet en se basant sur la localisation de la tumeur.

Deux cas d'adénocarcinomyôme dont le rapport immédiat avec la muqueuse était évident ont été observés par R. Meyer. Il faut rapprocher de ceux-ci un myôme polypeux avec cellules cancéreuses cylindriques.

Dillmann² publia en 1904 dans une étude très approfondie sur les rapports de l'adénomyôme de l'utérus avec le cancer, les deux cas suivants d'adénomyômes malins de l'utérus avec formations métastatiques dans de nombreux organes; dans ces cas, la muqueuse était intacte, non cancéreuse.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un adénomyôme malin avec métastases hépatiques et ganglionnaires. Carcinose péritonéale. Péritonite fétide et purulente.

¹ Rolly, Adenomyom mit Uebergang in Carcinom u. Metastasenbildung. (*Virch. Arch.*, 1897, t. CL. Heft 3, p. 555.)

² Dillmann, H., Adenomyome des Uterus u. ihre Beziehung zum Krebs (*Zeitschr. f. Krebsforschung*, 1904, t. II, p. 333-353).

Le deuxième cas était un adénomyôme kystique malin avec métastases dans le poumon droit, le foie, l'intestin, le péritoine; péritonite fibrino-purulente.

Ce qu'il y a de très intéressant et qu'il faut noter c'est que dans les métastases au niveau du poumon et du foie on trouvait à côté de grands tubes glandulaires des *fibres musculaires lisses*. On peut expliquer leur origine de deux façons : on peut tout d'abord admettre que les fibres musculaires proviennent de la tumeur primitive; par suite des irritations produites par les glandes, elles sont nées au niveau de la musculature utérine par hyperplasie diffuse et ont été entraînées par métastase à la façon des myômes malins. D'un autre côté, nous pouvons admettre que les fibres musculaires de la tumeur primitive, de même que les glandes, proviennent du corps de Wolff et que par suite, elles ont, dans les métastases, au point de vue génétique la même valeur que les éléments glandulaires. Toutefois laquelle des deux hypothèses est la bonne? Nous ne saurions à peine le dire (Dillmann).

Il faut encore signaler les altérations régressives de ces tumeurs qui furent le point de départ de péritonites mortelles. Quoique de telles altérations ne soient pas extraordinaires dans de grandes tumeurs, il semble que la structure glandulaire, la formation de kystes et la sécrétion des adénomyômes, mais principalement leur dégénérescence cancéreuse avec formation de nombreuses et grandes zones médullaires prédisposent au ramollissement secondaire, surtout quand les tumeurs ont atteint une assez grande extension. Les cavités situées à l'intérieur de ces tumeurs citées plus

haut doivent donc être considérées comme des kystes produits par ramollissement; en faveur de cette idée parle également le contenu fécaloïde provenant de parties de la tumeur nécrosées et manifestement infectées par l'intestin.

A part les cas de Rolly et de Dillmann on connaît peu de cas analogues de cancer de l'utérus greffé sur un adénomyôme sans participation de la muqueuse.

En effet, voyons en quelques mots les cas publiés par Cullen¹ :

1^o Adénocancer du corps de l'utérus développé en partie aux dépens des glandes d'un adénomyôme (*Gyn. Path. Bericht*, n° 4656).

S..., cinquante-six ans. Opération le 21 janvier 1901. Hystérectomie vaginale. L'utérus est peu augmenté de volume, si même il l'est en réalité, et mesure $8 \times 6 \times 4$. La surface externe est unie et la portion vaginale du cervix offre l'aspect ordinaire. La muqueuse du col est injectée, sinon normale. Dans la cavité utérine presque toute trace de *muqueuse normale a disparu* et à sa surface on voit sortir de fins prolongements digitiformes ou de petites masses analogues à des polypes dont quelques-unes atteignent une longueur de 1 centimètre. Les parties les plus profondes de cette excroissance ont pénétré dans le voisinage de la corne jusqu'à 5 et 7 millimètres dans le muscle. Les parois utérines ont l'épaisseur normale, mais à quelques endroits le tissu est plus grossier que d'ordinaire et montre une légère ressemblance avec un myôme diffus.

¹ Cullen, T. S., *Adenomyome des Uterus*, p. 73.

Examen histologique : La muqueuse du col est normale. Au voisinage de l'orifice interne de l'utérus, le revêtement épithélial des glandes est altéré. Quelques cellules sont parfaitement régulières et conformes ; d'autres sont gonflées, ont un noyau faiblement coloré et forment plusieurs couches. Au fond de la cavité utérine les glandes ont proliféré et ont pénétré dans le muscle. Le type glandulaire est en général bien conservé, mais à quelques endroits l'épithélium a tellement proliféré, que les cavités glandulaires sont oblitérées. On trouve profondément dans le muscle des groupes de glandes cancéreuses, qui s'étendent par places jusqu'à 1 centimètre de la surface péritonéale. A quelques endroits on voit une infiltration légère de leucocytes qui possèdent des noyaux polymorphes. Dans quelques points de l'utérus les fibres musculaires sont plus sombres que d'habitude et montrent une tendance à devenir myômateuses. Ici, le tissu ressemble à un myôme diffus. Répandus irrégulièrement dans celui-ci, on trouve des îlots isolés de muqueuse utérine, qui se composent des glandes caractéristiques avec le stroma qui les entoure. *En plusieurs points, les glandes sont dilatées et à deux endroits au moins l'épithélium glandulaire a proliféré et a formé de nouvelles glandes d'un type certainement cancéreux.* Certaines glandes formaient des cavités analogues à des kystes.

Dans une de ces cavités (Cullen, p. 74, fig. 40) qui était tapissée d'une couche unique d'épithélium cylindrique et séparée du muscle par un stroma très net, l'épithélium avait proliféré et formé de nouvelles glandes ainsi que des excroissances verruqueuses,

composées presque en entier de masses solides de cellules cancéreuses.

Ce cas, dit Cullen, est sans aucun doute un cas d'adénocancer développé en partie aux dépens d'une glande kystique située dans un adénomyôme. Toutefois, R. Meyer, à la suite de Kleinhans, interprète cet adénomyôme cancéreux comme un *adénome malin*.

2° Adénomyôme diffus du col de l'utérus dans un cas de cancer squamo-cellulaire du cervix (cancer en chou-fleur); envahissement du cul-de-sac du vagin (*Gyn. Path. Bericht*, n° 3126) (Cullen, p. 75).

3° Le cas suivant est intéressant, parce que l'adénocancer du corps de l'utérus s'est développé sur un même utérus concomitamment et indépendamment d'un adénomyôme sous-séreux petit, mais typique :

Adéno-cancer du corps de l'utérus; petit myôme dans la paroi antérieure; petit adénomyôme dans la paroi postérieure; hystérectomie. (*Gyn. Bericht.*, n° 5782.) (Cullen, p. 77.)

L'utérus a un volume normal; le col est intact. La tumeur néoplasique est de couleur claire et semble être friable.

Il faut rapporter, selon toute vraisemblance, à des débris du rein mésonéphritique un cas de Babesiu (cit. d'après Schaper, in *Virch. Arch.* 1892, t. CXXIX, p. 70), où il s'était formé un cancer cylindrique de la grosseur d'une noix, au milieu d'un myôme de la grosseur du poing, sous-séreux et situé au niveau du fond de l'utérus, avec métastases dans le foie et les plèvres.

Des adénomyômes malins peuvent provenir d'autres parties du système mésonéphritique, spécialement du

canal de Gartner, comme le prouvent les observations de v. Herff¹, Klein², Höhne³ et R. Meyer. Ce dernier put démontrer microscopiquement, sans que l'on puisse lui faire d'objection, le rapport entre le cancer et l'ampoule du canal de Gartner, tandis que dans les trois autres cas on ne put constater d'union *directe* des parties cancéreuses avec le canal de Gartner. On peut donc ranger histogénétiquement ces cas d'adénomyômes malins du canal de Gartner à côté de ceux que l'on rapporte au corps de Wolff.

Avec Schröder, v. Recklinghausen⁴, etc., nous concluons que ce sont surtout les adénomyômes muqueux qui montrent une tendance toute spéciale à la transformation cancéreuse. Les cas A et B de v. Recklinghausen le montrent très nettement.

Il faut remarquer, d'autre part, que les adénomyômes de l'utérus ont plus de tendance à la dégénérescence cancéreuse (cas de Cullen) que les adénomyômes des angles tubaires. Cela dépend peut-être de ce qu'au niveau de la muqueuse tubaire, ordinairement privée de glandes, il se produit beaucoup plus rarement un cancer primitif qu'au niveau de celle du corps de l'utérus (Dillmann).

D'après v. Recklinghausen, la disposition de l'épi-

¹ V. Herff, Ueber Carcinombildungen; etc. (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, t. XLI).

² Klein, Cyste des Wolff'schen Ganges (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1890, et *Virch. Arch.*, t. CLIV), Die Geschwülste des Gartnerschen Ganges (*Virch. Arch.*, t. CLIV, p. 65).

³ Kloehe, *Verhandl. deutscher Naturforscher*. Hamburg, 1901.

⁴ Von Recklinghausen, *Adenomyome*, *loc. cit.*, p. 234.

thélium, observée par lui, justifie complètement l'emploi du terme spécial d'adéno-cancer ou adénome malin¹.

La malignité de ces cancers n'est pas très grande (v. Recklinghausen). Il en est ainsi par exemple du cas A (cancer épithélial à cellules cylindriques, myoplastique et infiltrant). L'évolution lente, durant plusieurs années, du cas de Rolly, permet la même conclusion.

À côté de ces cas où la *malignité* des tumeurs observées était *évidente*, il faut en ranger d'autres qui, malgré leur prolifération et leur envahissement considérable, sont regardés par ceux qui les rapportent comme des cas de *tumeurs bénignes*, mais nous laissent encore un certain *doute* sur leur véritable nature.

Otto v. Franqué (in *Prager Mediz. Woch.* 1903, t. XXVIII, n° 50, p. 652) rapporte le cas suivant : « Adénomyôme du cervix ayant envahi le rectum. Extirpation totale. Résection du rectum. »

La malade, femme de quarante ans, institutrice, avait remarqué depuis six mois, l'existence d'une tumeur ; depuis un an et demi, elle aurait maigri de 13 kilos. Les règles étaient douloureuses, mais peu abondantes. On l'opéra à cause de la gêne qu'elle éprouvait dans l'exercice de sa profession, quoique les hémorragies soient absentes et que la tumeur n'eut pas atteint un volume excessif.

Par la laparotomie, on trouva un myôme sous-séreux du fond de l'utérus et de la grosseur du poing, plusieurs autres petits noyaux myômateux, mais surtout une soudure très intime de l'utérus rétroversé au niveau de son orifice interne avec le rec-

¹ Von Recklinghausen, *Adenomyome*, *loc. cit.*, p. 205

tum et, à l'intérieur du rectum, une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon à la surface de laquelle on pouvait encore faire glisser faiblement le péritoine.

Diagnostic : Cancer du rectum ayant envahi le col de l'utérus.

Opération : Hyperectomie abdominale totale ; résection d'une grande partie du rectum avec la tumeur qu'il renfermait ; suture intestinale secondaire.

La malade, malgré cette grave intervention, une narcose de trois heures et demie, guérit complètement en un peu moins de huit semaines.

La préparation ne répondit pas complètement à ce que l'on attendait. Au niveau de la tumeur rectale, on constatait que la tumeur était recouverte à sa surface d'une muqueuse unie, vraisemblablement normale, sans doute pas très mobilisable. Mais, il y a des cancers du rectum au début qui présentent le même aspect et ce n'est que l'examen microscopique qui donna l'explication définitive. La tumeur est formée de tissu musculaire jeune, dans lequel sont inclus des conduits glandulaires à épithélium cylindrique bas, entourés en partie de tissu conjonctif cytogène. On retrouve le même tissu néoplasique dans la paroi postérieure du cervix au niveau de la zone d'adhérence, mais ici, quelques-uns des conduits sont transformés en kystes. Le tissu de la tumeur est séparé de la muqueuse du col par une épaisseur d'un demi-centimètre environ de muscle normal et les formations glandulaires ne montrent aucun rapport, même pas morphologique, avec les épithéliums du cervix.

La tumeur, ajoute v. Franqué, représente un exemple typique des adénomyômes si souvent signalés dans ces derniers temps et nous ne nous égarerons pas en

plaçant le siège primitif de celle-ci dans l'utérus, au niveau duquel ce genre de tumeur apparaît souvent et qui, dans le cas présent, a subi une dégénérescence myômateuse. Evidemment, on ne trouve pas d'éléments glandulaires dans les autres noyaux myômateux.

La tumeur n'est manifestement pas en rapport génétique avec la muqueuse rectale; les épithéliums examinés se distinguent nettement de l'épithélium de l'intestin. La tumeur a, enfin, comme on a déjà pu le voir par des coupes faites sur toute sa périphérie, traversé toute la paroi intestinale, supplanté la sous-muqueuse, que l'on reconnaît encore bien aux deux extrémités des surfaces de section, et a atteint, en quelques points, avec ses conduits glandulaires, la muqueuse elle-même.

Il ressort de cette courte description, conclut l'auteur, qu'il s'agit d'une néoproduction morphologique, certainement bénigne, comme le sont les adénomyômes connus jusqu'à présent. Nous sommes donc en face de ce fait surprenant d'une tumeur bénigne, croissant absolument à la façon d'un cancer, qui ne respecte pas les limites de son organe d'origine, mais pénètre par prolifération et infiltration dans la paroi d'un organe voisin.

Ce processus n'est pas tout à fait unique, car v. Franqué lui-même a décrit, il y a quelques années¹ (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* t. XXXVII, 1897), un adénomyôme de la trompe qui avait dépassé les limites de la

¹ Von Franqué, O., Zur Tuberculose der Weiblichen Genitalien (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, t. XXXVII, p. 185).

musculature et envahi les adhérences voisines. D'autres fois on l'a vu envahir l'épiploon adhérent. Tous ces cas étaient bénins, celui de v. Franqué correspondait par exemple à une vieille infection avec tuberculose.

H. Fürth¹ a décrit un cas analogue. Lui aussi trouve un adénomyôme de la paroi postérieure de l'utérus très étendu et fusionné si intimement avec le rectum qu'au moment de l'hystérectomie totale, il dut laisser des fragments de la tumeur en place ainsi qu'au niveau de la paroi latérale du bassin. Malgré cela la malade resta guérie jusqu'à la communication de Fürth (7 mois après l'intervention). Il manque, à mon avis, dans ces cas, ajoute v. Franqué, au concept de néoproduction à proprement parler maligne, la désintégration qu'aurait dû suivre la croissance infiltrante du tissu nouveau. Néanmoins, Fürth, tout en reconnaissant qu'à l'examen histologique de sa pièce anatomique il n'a pas eu l'image d'une tumeur maligne, conclut que l'on doit, d'après le tableau clinique et la marche de l'opération, considérer cette tumeur comme maligne (*loc. cit.* p. 631).

Enfin, nous mentionnerons seulement le cas de « fibromyôme avec îlots cancéreux » rapporté par Legueu et Marien². Ces auteurs considèrent cette tumeur comme un adénomyôme avec dégénérescence cancéreuse secondaire. « On a discuté disent-ils, sur l'origine des éléments épithéliaux qui venaient se

¹ Fürth, H., Beitrag zur Kasuistik der Adenomyome des Uterus (*Centralbl. f. Gyn.*, 1903, t. XXVII, n° 21, p. 626).

² Legueu, F., et Marien: *Annales de Gyn.*, 1897, t. XLVII p. 144.

substituer aux éléments du fibrôme. Nous pensons que c'est à une transformation évolutive des éléments glandulaires qu'il faut rattacher l'apparition de ce cancer sur une tumeur conjonctive; ils évoluent comme un parasite de la tumeur principale. Piquand, de son côté, dit à ce sujet : Ces éléments glandulaires peuvent proliférer et dégénérer en donnant lieu à une tumeur épithéliale maligne qui se développe au milieu du tissu fibro-myomateux et peut en imposer pour une transformation épithéliale de ce tissu. L'observation de Legueu et Marien montrant cette dégénérescence épithéliale est très convaincante. Claisse¹ lui-même ajoute : « Les cas intitulés « carcinome d'un fibrôme utérin sans cancer de la muqueuse » sont même généralement, on peut dire toujours, des adénomyômes dégénérés. Cette dégénérescence cancéreuse explique même ces cas qui semblaient extraordinaires de dégénérescence cancéreuse de fibrômes. Cette dégénérescence ne peut se comprendre que si la tumeur renferme des éléments épithéliaux. »

Consultez en outre :

RADEMACHER. — *Ein Beitrag zur den Beobachtungen der carcinomatösen Degeneration des fibromyoma uteri* (Thèse Greifswald, 1895).

RIBBERT. — Entstehung, der Geschwülste (*Deutsche mediz., Woch.* 1895).

RICKER. — Aetiologie der Uterusgeschwülste (*Virch. Arch.*, 1895, t. CXLII).

RUGE (C.). — Ueber Adenoma uteri malign. (*Zeitsch f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXI, 1895, et *Verh. der Gesell. f. Geb.*, 1894).

— *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, t. XVII.

¹ Claisse, A., *Revue de Gyn.* 1900, p. 865, et *Ann. de Gyn.* 1900, t. LIII.

CHAPITRE XI

ADÉNOMYOME DU CORPS DE L'UTÉRUS ET TUBERCULOSE ¹

La dégénérescence tuberculeuse des adénomyômes n'a été, y compris un cas douteux de v. Recklinghausen, observée que trois fois ². Je passe les cas d'adénomyômes des angles tubaires et ceux de la trompe elle-même que l'on a trouvés souvent combinés avec la tuberculose (v. Recklinghausen, Alterthum, v. Franqué, etc.)

Dans le cas ³ déjà mentionné de v. Recklinghausen il y avait dans l'adénomyôme, à côté du cancer glandulaire des tubercules épithélioïdes qui étaient répartis d'une façon générale à travers toute la paroi utérine. Les tubercules épithélioïdes étaient spécialement liés aux adénomyômes (adénocystes), mais pénétraient souvent dans les débris de la muqueuse utérine. Tou-

¹ Grünbaum, D., Adenomyoma corporis uteri mit Tuberculose (*Arch. f. Gyn.*, 1907, t. LXXXI, p. 383-399).

² G. semble ignorer l'existence du cas d'Archambault, J. L. et Pearce, A. M., dont nous n'avons pu trouver ni l'original ni l'analyse :

Tuberculosis of an adenomyoma of the uterus, with a pathologic report (*J. Am. M. Ass. Chicago*, 1906, p. 768-770).

³ Von Recklinghausen : *Adenomyome u. Cystadenome*, Berlin, 1896, p. 198, cas B.

jours est-il qu'il faut reconnaître que tout simplement il ne peut être question dans ce cas d'une dégénérescence tuberculeuse ; en effet, v. Recklinghausen hésite lui-même à appeler les formations miliaires de véritables tubercules ; par contre, plusieurs motifs le portent à admettre que ces tubercules épithélioïdes signifient une transformation de l'épithélium cylindrique simple en un épithélium pavimenteux, une desquamation de celui-ci et une rétention aboutissant à une dégénérescence nécrotique. Le fait suivant parle en cette faveur : les tubercules sont rattachés d'une façon très évidente aux éléments épithéliaux de la tumeur, de plus la muqueuse de la moitié gauche de l'utérus ne présente ni ulcération ni destruction, comme c'est le cas habituel dans la tuberculose de l'endomètre, enfin la répartition des tubercules épithélioïdes ne suit pas parallèlement l'épaississement de la paroi utérine. Quant à la genèse, v. Recklinghausen conclut que dans ce cas les tubercules épithélioïdes (de même que le cancer) sont apparus secondairement, et les tubercules ne seraient ici qu'une métamorphose de l'adénomyôme. La coloration spécifique des bacilles tuberculeux, qui aurait pu nous dire s'il s'agit de tuberculose ou non, n'a pas été faite.

Lichtenstern¹ décrit un cas non douteux d'adénomyôme du corps de l'utérus avec tuberculose. Une malade âgée de vingt-deux ans se plaint surtout de douleurs analogues à des coliques au moment de ses

¹ Lichtenstern, E., Beitrag zur Lehre vom Adenomyoma uteri (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, t. XIV, p. 308-321).

époques; celles-ci n'apparaissent souvent qu'à plusieurs mois d'intervalle. Par la laparotomie, on trouve une tumeur située au niveau de la corne utérine droite; cette tumeur est ronde, grosse comme la moitié du poing avec de nombreuses adhérences péritonéales. Dans la paroi de la tumeur on trouve, répandus dans le tissu myomateux de nombreux tubercules siégeant principalement le long des vaisseaux. Quelques-uns d'entre eux présentent déjà le caractère conjonctivo-fibrillaire. Grünbaum pense qu'il s'agit très probablement dans le cas de Lichtenstern, comme pour un autre presque analogue dont il fut témoin à la clinique de L. et Th. Landau, d'un vulgaire adénome muqueux de l'angle tubaire, dans les couches superficielles duquel se sont logés des tubercules venant du péritoine et que par suite dans ces cas, contrairement à la règle, la dégénérescence tuberculeuse n'est pas en rapport avec la partie adénomateuse de la tumeur.

« Enfin Hösli¹ publie le cas d'un fibromyôme adénomateux intraligamentaire avec tuberculose. Il s'agissait d'une malade de quarante-quatre ans qui était autrefois toujours en bonne santé, jusqu'à il y a deux ans, où elle eut une inflammation abdominale avec vomissements et fièvre. Au toucher on constata déjà à cette époque une tumeur et on conseilla à la malade de se faire opérer, mais elle refusa. Elle alla bien jusqu'à la fin de 1903.

A partir de cette époque, elle éprouva de nouveau

¹ Hösli, *Ueber einen Fall von Fibromyom adenomatosum mit Tuberculose* (thèse, Zürich, 1904).

des douleurs, principalement dans le flanc gauche, du ténesme et elle maigrit, le soir elle eut souvent de la fièvre. A l'opération, on trouve l'utérus et les annexes recouverts de vieilles adhérences. Derrière ceux-ci se trouvait un kyste de la grosseur d'une pomme. On le fendit, et un deuxième kyste, celui-ci intraligamentaire, apparut sous le premier. Après l'avoir incisé, l'opérateur put avec la main décortiquer de la profondeur une tumeur ramollie de la grosseur du poing. La tumeur creva et il s'en écoula beaucoup de pus.

La surface de la tumeur est bosselée ; sa couleur sur une coupe est blanchâtre. On y voit de nombreuses parties caséeuses qui ressortent au milieu du tissu compact voisin. Le stroma de la tumeur est infiltré d'une immense quantité de cellules rondes, mais on peut encore reconnaître des traînées de tissu musculaire qui sont très riches en vaisseaux sanguins. Sur différentes coupes on peut reconnaître de véritables glandes avec une membrane propre, puis des tubercules de Langhans en grande quantité avec des cellules géantes. La membrane propre se compose de nombreuses cellules aplaties, étoilées.»

A ce dernier cas se rattache celui que put constater Grünbaum, à la clinique de L. et Th. Laudau (résumé).

Il s'agit d'une malade âgée de quarante-cinq ans, chez laquelle on constata depuis cinq ans un myôme qui ne grossit pas notablement depuis cette époque, mais provoqua finalement par compression de la vessie et soudure avec sa paroi de tels troubles que la malade dut être opérée. On trouva un utérus gros comme deux

poings, qui était fusionné avec la vessie, surtout à droite. Les trompes et les ovaires ne présentaient rien de particulier à l'examen macroscopique. Etant donné que l'on ne pouvait enlever le noyau myomateux en totalité, on fit une hystérectomie totale. On laissa l'annexe et l'ovaire gauche en place. L'examen de l'utérus myomateux montre qu'il s'agit d'un *adénomyôme diffus du corps de l'utérus avec tuberculose caséuse* et adénomyômes des angles tubaires bilatéraux avec un adénomyôme de la trompe elle-même. La tuberculose est plus avancée dans les points les plus éloignés de la cavité utérine et celle-ci a produit dans les cavités périphériques une caséification étendue du tissu. Mais *ces parties caséifiées montrent*, d'après leur mode d'extension, *qu'elles sont en rapport avec les portions adénomateuses de la tumeur*. Le tissu musculaire lui-même est le moins atteint par la tuberculose. Ce qui est le plus frappant, c'est que les trompes ne présentaient à l'examen soit macroscopique soit microscopique, aucun signe de tuberculose ; on sait en effet, que dans le cas de tuberculose génitale ce sont toujours les trompes qui sont les premières atteintes.

Etant donnée la coexistence de la tuberculose et de l'adénomyôme, il s'agit de savoir si la tuberculose s'est greffée secondairement sur l'adénomyôme préexistant, ou si la tuberculose était l'affection primitive, et l'irritation chronique portant sur l'endomètre a provoqué la formation de l'adénome de même que v. Franqué admet comme étiologie des adénomes tubaires une inflammation générale par ramollissement et infiltration. On peut tout d'abord admettre *a priori* qu'ici aussi la

tuberculose peut être considérée comme la cause de l'origine de l'adénomyôme vu que la tuberculose est manifestement en rapport avec les proliférations adénomateuses. Je crois néanmoins, qu'ici, comme dans les cas déjà cités, la tuberculose est secondaire, et, que les proliférations adénomateuses, comme un « *locus minoris resistentiae* » ont favorisé l'évolution ultérieure de la tuberculose de l'endomètre vers la tumeur. En faveur de l'origine secondaire de la tuberculose, il y a ce fait que de vastes territoires de l'adénomyôme étaient dépourvus de tuberculose, principalement au niveau de l'angle tubaire et de la trompe elle-même, où l'adénomyôme, malgré l'absence de signes visibles de tuberculose, avait proliféré abondamment. De plus, c'est précisément dans le cas de tuberculose de l'endomètre que l'on n'a jamais observé la tendance d'appeler de la profondeur des proliférations glandulaires ; au contraire, plus la tuberculose progresse, moins il reste d'habitude de la muqueuse ; à la fin toutes les glandes disparaissent, et il en résulte une infiltration caséuse et de la nécrose. Le fait que les parties les plus profondes présentent la caséification la plus étendue est en faveur de l'envahissement secondaire de l'adénome par la tuberculose. Si les altérations tuberculeuses frappent avant tout les proliférations adénomateuses, c'est par analogie avec la localisation de la tuberculose dans l'utérus en particulier. C'est l'endomètre qui est tout d'abord atteint, tandis que les couches musculaires opposent à la pénétration du bacille tuberculeux une résistance plus grande et ne sont envahies que relativement tard par la tuberculose.

La tuberculose frappe surtout les adénomyômes qui offrent aux bacilles tuberculeux un sol favorable pour leur colonisation.

Les anamnestiques nous montraient que la malade avaient eu autrefois une tuberculose pulmonaire et, l'hypothèse la plus probable est que, partant d'un vieux foyer pulmonaire, la tuberculose a infesté soudainement par voie sanguine l'endomètre et que là elle a pénétré dans l'adénomyôme muqueux du corps de l'utérus.

CHAPITRE XII

ÉTUDE CLINIQUE

Adénomyômes du corps de l'utérus.

L'étude clinique des adénomyômes de l'utérus, principalement de ceux du corps, faite dans la littérature ne nous renseignait guère que sur des questions de détails, variant souvent de l'un à l'autre auteur et fournies en particulier par A. W. Freund, Laudau, Pick, Cullen, Füth, Funke. C'est vers 1905, presque simultanément que v. Rosthorn, Polano, et surtout Kudoh, dans un travail consciencieux et très documenté firent paraître une étude d'ensemble aussi complète que possible.

De l'ensemble de ces recherches, nous pourrions retenir les faits suivants :

Anamnestiques. — L'adénomyôme se rencontre aussi souvent dans la *race* blanche que dans la race noire (Cullen).

Il n'apparaît jamais, pas plus que le fibromyôme avant l'établissement des premières règles. Son maximum de fréquence est *entre trente et cinquante ans*. La limite supérieure atteint cinquante-cinq ans. Chez les femmes qui sont mortes de maladies intercurrentes et

chez lesquelles on a trouvé par hasard des adénomyômes à l'autopsie, l'âge est évidemment la plupart du temps plus élevé, et c'est ainsi que l'on peut citer cinq cas où les malades étaient mortes à un âge avancé (soixante à quatre-vingt-dix ans).

L'adénomyôme se voit en général plutôt chez des femmes *mariées* que chez des célibataires, encore que cette proposition soit, on le comprend, difficile à établir d'une façon absolue.

Presque toutes sont de *taille* normale, contrairement à l'opinion de A. W. Freund; elles sont parfois de petite taille (2 pour 100, Kudoh). L'*état général* est tantôt resté bon, mais plus souvent elles sont anémiques (61 pour 100). Leur enfance n'a pas été délicate et souffreteuse (Kudoh).

Les premières *règles* sont apparues entre douze et dix-neuf ans. Aucune n'a été réglée tardivement, mais en moyenne vers l'âge de quinze ans. Celles-ci s'établissent d'abord régulièrement, puis ultérieurement elles deviennent irrégulières et surtout profuses. On voit souvent après la première ou les premières menstruations une aménorrhée compliquée de chlorose grave (A. W. Freund).

Il y a parmi les femmes porteurs d'adénomyômes presque autant qui ont eu des enfants que de celles qui sont restées stériles. En général, on admet cependant que l'existence d'un adénomyôme s'oppose à la *conception*.

L'affection a *débuté* d'un à cinq ans auparavant, surtout de un à deux ans avant l'intervention. Quelques-unes, d'après Cullen, font remonter le début de

leur maladie à cinq et dix ans, et d'autres à quelques mois seulement.

De bonne heure éclatent des accidents pelvi-péritoniques qui peuvent en imposer pour des inflammations annexielles.

Signes fonctionnels. — Hémorragies et dysménorrhée.

La plupart ont à l'époque de leurs règles des *hémorragies* profuses (2 pour 100 d'après Kudoh n'en auraient pas eues). Avec les progrès de la maladie, les hémorragies peuvent être remplacées par une hémorragie continue (deux cas de Cullen), et il peut même se produire une hémorragie alarmante (cas 7153 de Cullen). Cette hémorragie s'explique facilement quand on a présent à l'esprit l'accroissement considérable de la muqueuse utérine dans de telles circonstances où elle tapisse la cavité utérine et des nombreux points de la tumeur elle-même.

Les règles s'accompagnent de violentes *douleurs*, limitées parfois à l'utérus, mais souvent aussi irradiées vers le dos et les jambes de chaque côté. Ces douleurs peuvent être sourdes, vives ou excruciantes. Les douleurs peuvent également être interprétées de cette façon : La tumeur myômateuse est un corps étranger. Dans le cas de myôme simple, il existe parfois aussi des douleurs (comme nous le verrons au chapitre : Diagnostic). Mais l'utérus chasse bientôt ce noyau vers la surface péritonéale ou vers la sous-muqueuse. Quoique ce mécanisme fut possible avec une tumeur diffuse comme l'adénomyôme, il n'en est pas moins

très difficile étant donné que la masse de la tumeur est si intimément enchevêtrée à la périphérie avec le muscle normal. La tension exagérée qui se produit à la suite de la congestion intense de la muqueuse utérine épaissie et de celle qui existe au niveau des îlots muqueux répandus à travers la tumeur explique également la sensibilité ou les douleurs violentes.

Parmi les cas observés par Cullen, dans deux seulement, les malades accusaient des pertes vaginales. Nous ne nous étonnerons pas de cette rareté étant donné que la muqueuse de l'utérus ainsi que celle qui se trouve au niveau de la tumeur sont normales.

Quand l'adénomyôme devient sous-péritonéal ou intraligamentaire et forme de grands kystes, des symptômes de compression peuvent apparaître. De plus, ces kystes sont ordinairement fort adhérents dans le bassin.

« Les pertes de sang, les douleurs violentes et continues, les troubles apportés aux fonctions vésicales et rectales dépriment fortement l'état général, à tel point que ces sujets deviennent pâles et incapables de tout travail ; chez beaucoup survient une répulsion pour le coït (*tædium coïtus*), et après les tristes expériences d'un traitement médical longtemps prolongé et sans effets, de la répulsion à l'égard du médecin (*tædium medicinæ*). » (A. W. Freund.)

Signes physiques. — On trouve quelquefois des signes d'infantilisme plus ou moins caractérisés (Freund). Par le toucher vaginal on peut constater un vagin court, des culs-de-sac aplatis, un utérus en an-

téflexion congénitale, plus étroit au niveau du col, élargi au niveau du fond, souvent arqué. Le corps est augmenté de volume et très *dur*. Dans quelques cas il est *régulièrement* augmenté de volume (77 pour 100) et possède la grosseur d'un utérus d'une grossesse de deux à trois mois. D'autres fois il peut avoir la grosseur d'une tête d'enfant (23,6 pour 100) et même plus (11,1 pour 100). Dans 23 pour 100 des cas d'après Kudoh, il serait irrégulier, *bosselé*, et l'on sent les petits myômes qui accompagnent si fréquemment l'adénomyôme. Ces myômes se rencontrent aux trois points classiques de la paroi antérieure : à la hauteur de l'orifice interne et au niveau des cornes (*partes keratinæ*).

La *localisation* des tumeurs qui nous occupent aurait une grande importance, ainsi que leur *ligne de propagation*. En effet, elles se rencontrent principalement au niveau de la paroi postérieure. Partant des angles tubaires, généralement des deux côtés, elles augmentent en s'étendant vers le bas jusqu'à l'insertion du cul-de-sac de Douglas, rarement jusqu'au niveau du col. L'examen de la paroi postérieure de l'utérus est très difficile (même par le rectum), et l'on fera toujours mieux de basculer fortement l'utérus en arrière. La plupart du temps avant que l'on ne sente une tumeur, l'utérus donne l'impression de lourdeur spéciale et d'irrégularité de forme. Ce n'est qu'après que l'attention a été attirée sur ce fait que l'on perçoit des saillies en forme de crête, des bosselures légèrement surélevées, des nodosités dans le tissu utérin, qui se distinguent par leur consistance différente du

reste du tissu utérin, enfin des callosités comme dans les inflammations chroniques. Il s'agit toujours plutôt de tumeurs plates comme des verres de montre, dont par conséquent les diamètres, longitudinal et transversal, l'emportent considérablement sur la hauteur (relief). Plus la circonférence de la tumeur que l'on perçoit à la palpation est grande, plus l'épaississement de l'utérus doit avoir augmenté.

Dans les cas récents, l'organe peut être libre, mais il est presque toujours et *très rapidement* confondu au milieu d'adhérences et fortement fixé par suite de *pelvi-péritonite concomitante*. Des adhérences se forment encore avec les autres organes du bassin, l'intestin (cæcum et S iliaque) et l'épiploon.

On constate souvent des *tumeurs annexielles* uni ou bilatérales (Freund, v. Recklinghausen, Cullen).

Dans un certain sens, ce tableau clinique se rapproche des troubles que nous avons appris à connaître comme résultant d'irritations physiologiques ou pathologiques portant sur des organes génitaux infantiles ou malformés (Freund, p. 225).

Nodosités des cornes utérines.

« Les nodosités des cornes utérines ne nous paraissent donner naissance à aucun symptôme particulier¹. Schauta a relevé l'existence de violentes crises. Quelques-unes de nos malades en ont présenté, mais nous pensons que ces crises étaient plutôt dues aux poussées

¹ J. Jayle et Th. Cohn: in *Rev. de Gynéc.*, 1901, p. 403.

de pelvi-péritonite concomitante qu'aux nodosités elles-mêmes. Il faut remarquer d'ailleurs que, dans la variété inflammatoire blennorragique, les lésions de pelvi-péritonite sont ordinairement accentuées et qu'on trouve, au niveau des nodosités utérines, des adhérences parfois très étendues ou très solides. Pour mieux explorer l'utérus, nous recommandons toujours, et en particulier dans ce cas, l'examen en position dorso-sacrée déclive : la malade, retenue par les épaules, écarte les jambes comme dans la position ordinaire dite du spéculum. »

Funke¹ insiste sur le caractère de la douleur, qui peut différer un peu dans le cas d'adénomyômes des cornes de la dysménorrhée habituelle. « Tandis que la plupart du temps on nous accuse, dit-il, des douleurs analogues à des tiraillements, des lancées, des crampes intermittentes, le plus souvent bilatérales, notre malade indique très exactement un point précis de son corps, au niveau duquel, pendant toute la durée des règles, elle ressentait une douleur extraordinairement intense et c'est à ce niveau précisément que nous avons trouvé un adénomyôme. » La douleur pourrait résulter d'une pression de la portion isthmique de la trompe ; mais dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres peut-être, il faut faire jouer un grand rôle à la congestion intense qui se produit au niveau d'une telle tumeur au moment des règles et même déjà avant (gonflement prémenstruel).

¹ Funke, *Deutsche medic. Woch.*, 1903, n° 49, p. 917.

Adénomyômes du ligament rond (Cullen).

Nous avons ici encore plus qu'ailleurs des données cliniques peu précises. « Ces nodules évoluent d'ordinaire lentement. Dans le cas de Cullen, ils évoluèrent en huit ans ; dans celui de Blumer, en vingt-trois ans. Ces tumeurs peuvent déjà apparaître à vingt ans (Blumer) ou seulement à quarante-deux ans (Aschoff). Elles sont surtout fréquentes pendant la période génitale. La tumeur ne provoque d'abord que peu de troubles, mais avec son accroissement il se produit des douleurs pendant la marche — probablement par suite de l'union intime de la tumeur avec les tissus environnants — et de même des troubles de la menstruation. Pendant les règles, les tumeurs peuvent grossir et devenir très douloureuses ; après les règles, elles diminuent de volume¹. »

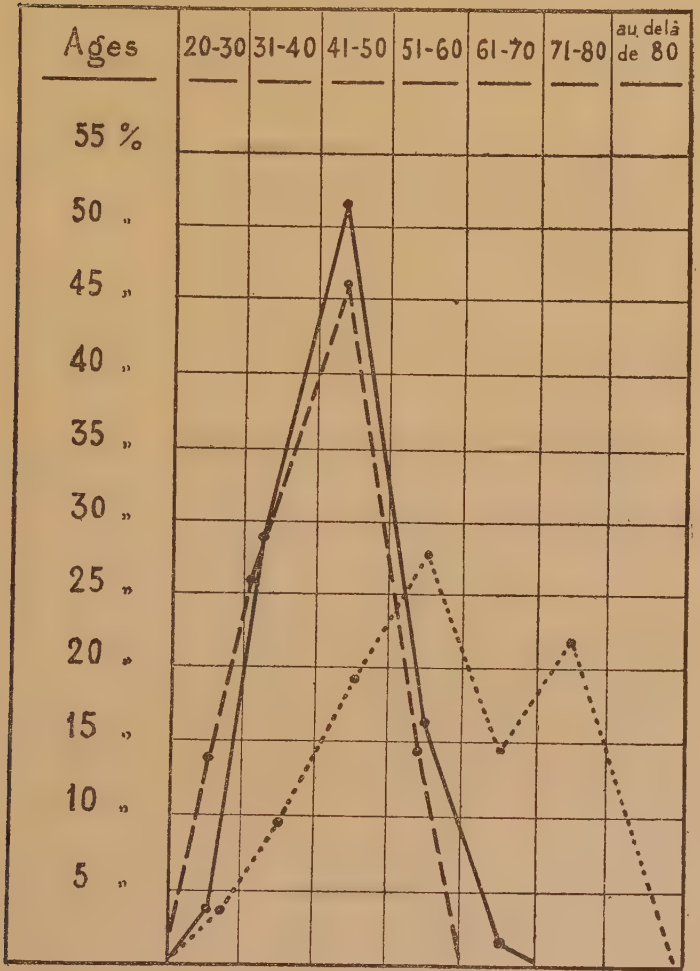
Comparaison entre les adénomyômes et les fibromyômes de l'utérus².

L'âge des malades atteints d'adénomyômes correspond à celui des femmes porteurs de myômes ordinaires et qui ont été opérées pour des troubles fonctionnels se passant dans la sphère génitale, c'est-à-dire que les deux genres de tumeurs s'observent particuliè-

¹ Cullen, T. S. *Adenomyome*, etc. p. 86.

² En partie d'après Kudoh.

FRÉQUENCE COMPARATIVE
DES ADÉNOMYÔMES ET DES MYÔMES
AUX DIFFÉRENTS AGES (*in* thèse Kudoh, p. 37).



— Myômes ordinaires (d'après Hofmeier).

— Adénomyômes des troubles fonctionnels (d'après Kudoh).

..... Adénomyômes trouvés au hasard des autopsies (d'après Kudoh)

rement dans la seconde moitié de la vie génitale de la femme (voir le tableau synoptique).

Si l'on compare le nombre des femmes *mariées* et des femmes *célibataires* atteintes d'adénomyômes avec les mêmes catégories de femmes, mais porteurs de fibromyômes, on constate un rapport à peu près identique :

	ADÉNOMYÔMES (d'après Kudoh)	FIBROMYÔMES (d'après Hofmeier)
Femmes mariées. . .	15,6 0/0	20,8 0/0
Femmes célibataires . .	84,4 0/0	79,2 0/0

Il ressort de ces chiffres que les deux apparaissent environ quatre fois plus chez les femmes mariées que chez les autres.

Beaucoup plus de femmes sont *stériles* quand elles ont un adénomyôme (47 pour 100) que quand elles ont des myômes (20-25 pour 100).

Si nous comparons les chiffres suivants, nous voyons que les *adhérences* jouent un rôle bien plus considérable dans le cas d'adénomyômes que dans celui de fibromyômes. Tandis qu'avec ceux-ci elles se réduisent à des tractus filiformes rejoignant l'épiploon, elles forment avec ceux-là, surtout les adénomyômes volumineux, des brides très étendues, larges et solides (Funke).

	ADÉNOMYÔMES (d'après Kudoh)		FIBROMYÔMES (d'après Funke)	
	cas	p. 100	cas	p. 100
Adhérents . . .	51	89,5 0/0	49	39,6 0/0
Libres . . .	6	10,5 0/0	74	70,4 0/0
TOTAL . .	57		124	

Par conséquent, tandis que l'on a constaté 49 fois des adhérences dans 124 cas de myômes simples, c'est-à-dire dans 39 pour 100 des cas, pour les adénomyômes on trouve une proportion de 89,5 pour 100.

Les *dégénérescences* apparaissent avec un taux un peu plus faible dans les adénomyômes (5 pour 100) qu'avec les myômes simples (6,3 pour 100). Abstraction faite de la dégénérescence kystique qui se montre avec bien plus grande fréquence dans les adénomyômes (10,3 pour 100) qu'avec les myômes (1,8 pour 100). Nous ne trouvons dans tous les cas d'adénomyômes décrits jusqu'à présent ni gangrène ni suppuration, qui représentent une complication des myômes nullement à négliger et qui n'est pas très rare (47 pour 100 des myômes, d'après Hofmeier), ni dégénérescence graisseuse ou myomateuse, comme Landau l'a depuis longtemps montré avec raison.

Le *pronostic*, d'après A. W. Freund, est moins bon et plus sérieux que celui des myômes ordinaires. Quant au pronostic *opératoire* on ne peut en aucune façon, dit Kudoh, prouver qu'il soit plus défavorable pour les adénomyômes que pour les myômes.

CHAPITRE XIII

DIAGNOSTIC

Diagnostic clinique. — Il ressort de ce tableau clinique que la vie de ces malheureuses femmes représente une période de souffrances durant toute leur vie génitale et même au-delà. Notre effort doit donc toujours tendre à reconnaître de bonne heure cette affection et à tirer de notre examen une indication opératoire.

Adénomyômes du corps. — Pouvons-nous faire ce diagnostic? Contrairement à Freund qui soutient que ce diagnostic est possible et qui nous donne même des signes fonctionnels et des signes objectifs qui seraient caractéristiques, Polano se basant sur cent cas qu'il a rassemblés, dont deux lui sont personnels, répond : Une différenciation clinique nettement tranchée des adénomyômes n'existe pas. On confondra dans la plupart des cas l'adénomyôme avec le *myôme ordinaire*. C'est l'avis de la plupart des auteurs actuellement, c'est celui de Pozzi et c'est aussi le nôtre.

Pick va même plus loin. Dans une étude critique approfondie il cherche à diminuer la valeur des remar-

ques de Freund par comparaison des résultats de l'examen clinique avec la description des préparations faite par v. Recklinghausen, abstraction faite des questions secondaires, apparition des règles, infantilisme avec utérus arqué. Quelques-uns des symptômes donnés par Freund comme caractéristiques des adénomyômes volumineux n'auraient pas existé dans tous les cas, même pas dans la moitié des quatre cas observés cliniquement par cet auteur. Et même il écrit cette phrase : « Si Freund a posé, avant l'opération, le diagnostic d'adénomyôme dans son cas IV *b* (femme P...) en se basant surtout sur la façon dont se développait la tumeur comparativement (aux myômes ordinaires) ou s'il a acquis, somme toute, le talent de pouvoir diagnostiquer des cas de ce genre, avant l'opération, c'est un art de diagnostic que de prime abord on admire plus qu'on ne le comprend ».

Funke partage complètement et respectueusement cette admiration de Rick pour son maître et nous y ajouterons très humblement la nôtre, ayant eu l'occasion de constater le véritable talent de Freund. Quoi qu'il en soit, ce diagnostic peut se faire, quand l'attention est attirée sur des cas de ce genre et l'on peut agir en conséquence. Evidemment, des erreurs de diagnostic sont possibles et même se font, s'expliquant par la pelvipéritonite concomitante ainsi que par la présence assez fréquente de tumeurs annexielles.

Rappelons néanmoins quelques-uns des caractères qui semblent propres à ces tumeurs et qui pourraient aider à poser un diagnostic :

La prédominance de l'élément douleur, à type exa-

cerbant, est un symptôme clinique caractéristique (A. Pollosson et Violet). Mais il faut se rappeler cependant qu'il existe à côté de ces tumeurs des myômes douloureux dont l'étude plus ou moins complète a été faite par plusieurs auteurs (Quénu, etc.). Ce sont :

a) Les myômes avec *salpingites* concomitantes. Il s'ajoute alors au myôme un élément inflammatoire.

b) Les myômes gangrenés.

c) Les myômes sous-péritonéaux avec torsion suffisante du pédicule pour entraîner des troubles de vascularisation.

d) Les myômes douloureux par leur siège (cornes utérines, isthme).

e) Les myômes à évolution rapide (myômes rouges) bridés dans une coque préexistante gênant leur développement.

Quant aux *symptômes objectifs principaux*, d'après Freund, ce seraient : 1° la localisation et le sens de propagation de ces tumeurs.

2° Leurs complications avec de la pelvipéritonite chronique et des tumeurs annexielles.

Nous avons vu plus haut quelle valeur il fallait attacher à tous ces signes.

« Mais, avons-nous affaire, par exemple, à une forme diffuse, avec des hémorragies fréquentes, et constamment en voie d'accroissement, avec un utérus dur, un peu augmenté de volume, renfermant quelques petits myômes circonscrits et nous donnant par le curetage une muqueuse normale, quoique sensiblement épaissie, nous pourrions plutôt soupçonner un

adénomyôme, quoique les hémorragies puissent être imputables uniquement aux myômes circonscrits.

S'il s'agissait de cancer du corps de l'utérus, celui-ci serait vraisemblablement un peu mou; on ne trouverait aussi que rarement de petits myômes isolés à la surface et par le curetage on obtiendrait de l'adénocancer au lieu d'une muqueuse normale.

Quand la tumeur est sous-péritonéale ou intraligamentaire, le diagnostic est impossible jusqu'à l'ouverture de la cavité abdominale; mais si l'on trouve alors un utérus myômateux, avec de grands foyers kystiques qui possèdent un revêtement velouté et un contenu couleur chocolat, c'est ordinairement un adénomyôme.

Quand la tumeur est volumineuse et kystique et se trouve dans la cavité abdominale, il est impossible de la distinguer d'un utérus myômateux ordinaire s'il n'y a pas de complications ou d'un utérus associé à des kystes de l'ovaire.

Si la tumeur est intraligamentaire, elle est fortement fixée dans le bassin et l'on peut la confondre avec un myôme ou un kyste du ligament large, voir même un gros abcès pelvien; il manque alors dans notre cas du pus. (Cullen.)

Adénomyômes des cornes. — Le diagnostic est ici également très difficile à faire. Cependant si l'on est prévenu, on pourra sentir au niveau d'une corne utérine une nodosité plus ou moins nette, plus ou moins empâtée. Dans aucun des huit cas rapportés par Jayle et Cohn, le diagnostic ne fut fait avant la laparotomie.

Les nodosités adénomyomateuses coexistant avec des fibromes ne seront pas souvent diagnostiquées; elles resteront des trouvailles d'opération ou d'autopsie.

Les nodosités inflammatoires d'origine blennorragique peuvent être décélées si on a soin de les rechercher¹. Par une palpation soigneuse on pourra toujours se rendre compte que le gonflement même quand il siège près de l'abouchement des trompes appartient plutôt à celle-ci. De plus, les anamnestiques (gonorrhée, tuberculose) fourniront des points d'appui importants.

D'après Funcke, on peut sentir plus facilement que les tumeurs de la paroi postérieure, les tumeurs des angles tubaires parce qu'ils siègent de préférence à la partie supérieure de l'utérus (kranialer Theil). Si la tumeur ne s'est développée que d'un côté, c'est de ce côté que l'angle tubaire sera déformé et aura le volume d'une grossesse interstitielle. Quand les tumeurs sont bilatérales, le fond est plus ou moins symétriquement épaissi, élargi en forme d'enclume. (Ambosform).

Les myômes ordinaires qui se trouvent dans la région siègent ordinairement, quand ils sont petits, plus bas que les adénomyômes sous l'abouchement de la trompe, soit dans la paroi antérieure ou la paroi postérieure de l'utérus; ils ne modifient pas du moins l'angle tubaire quand ils ont la grosseur d'une noix au point que l'on ne puisse pas déterminer exactement leur siège.

Enfin la douleur pendant les règles n'étant plus une simple dysménorrhée pourrait avoir une localisation

¹ Jayle et Cohn, *Rev. de Gynéc.*, p. 403, 1901.

sur la paroi abdominale qui correspondrait à celle de l'adénomyôme sous-jacent. (Funke).

Retenons donc que le diagnostic *clinique* d'adénomyôme est sinon impossible, du moins très difficile et qu'en somme, c'est l'examen *histologique* seul qui nous permettra de faire ce diagnostic d'une façon certaine.

Diagnostic histologique. — Les caractères macroscopiques et histologiques généraux avec quelques signes différentiels ont été donnés au chapitre d'anatomie pathologique, nous n'y reviendrons donc pas ici.

Quand dans les adénomyômes muqueux, les néoformations glandulaires dominant, on peut les confondre facilement avec une endométrite *hyperplasique*, cela surtout au début.

Les adénomyômes sous-séreux ne se distinguent parfois des sous-muqueux que par leur situation plus excentrique et leur contact sur une plus large surface avec la séreuse ; une fois que la prolifération se produit, elle peut donner lieu à des adénomyômes aussi volumineux que ceux provenant de la muqueuse. (R. Meyer.)

Le diagnostic d'adénomyôme interstitiel, provenant de segments du canal de Müller, ne peut être qu'un diagnostic de probabilité ; dans ce cas, les éléments adénomateux sont isolés de tout côté, à la périphérie de la tumeur du moins par une couche plus ou moins épaisse de muscle normal.

On pourra songer avoir affaire à un adénomyôme provenant de débris du rein primitif quand on trouvera des tubes glandulaires fortement flexueux. C'est à ce

genre de tumeurs que Ribbert donne le nom d'organoïdes¹.

Signalons en terminant comme pouvant servir à un diagnostic histologique *différentiel* des germes épithéliaux inclus dans les adénomyômes de l'utérus, les conclusions suivantes de Pick : Quand on trouve dans la paroi utérine autour de formations épithéliales disséminées, glandulaires ou kystiques, n'ayant pas proliféré, un tissu conjonctif lymphadénoïdien (cytogène) typique, les épithéliums proviennent du segment du canal de Müller qui correspond au corps de Wolff (segment supérieur du canal contenu dans le cordon urogénital). Le tissu cytogène prouve cette origine d'une façon spécifique.

De même, quand dans des adénomyômes il y a des glandes et des kystes isolés (type en ordre dispersé, zerstreute Anordnung) et que tous possèdent un stroma cytogène typique, les épithéliums sont des dérivés de l'épithélium du segment supérieur du canal de Müller et par conséquent ce sont des *adénomyômes muqueux*.

Là, où ce caractère spécifique manque, ces tumeurs seraient à ranger parmi les « *adénomyômes anatomiquement indifférents* ». Leur origine comme celle de certains adénomyômes de l'utérus et de la paroi tubaire doit rester en suspens.

Il faut se rappeler enfin que nous ne connaissons que trois sortes de myômes non énucléables : les adénomyômes, les myômes malins bourgeonnants sans cap-

¹ Pick, L., *Arch. f. Gyn.*, 1900, t. LX, p. 199.

sule, ou du moins l'ayant envahie secondairement, et les nodules de métrite myômateuse.

Les adénomyômes *muqueux* sont des tumeurs situées, la plupart du temps, dans les couches musculaires avoisinant la cavité utérine et peuvent, ce qui est très compréhensible, se rencontrer aussi bien dans toutes les parois de l'utérus.

Les adénomyômes *mésonephrétiques* se trouvent par contre surtout au niveau de la paroi dorsale de l'utérus et des trompes, principalement dans les couches périphériques.

CHAPITRE XIV

PRONOSTIC

Le tableau clinique et l'examen histologique nous montrent que l'adénomyôme de l'utérus est une tumeur *bénigne* (v. Recklinghausen, Freund, Cullen, etc.). Les glandes sont des glandes utérines tout à fait normales; elles sont entourées de stroma ordinaire de la muqueuse utérine. Elles sont absolument limitées à la tumeur et ne montrent aucune tendance à pénétrer dans la musculature utérine normale.

Néanmoins, « le pronostic de cette affection est beaucoup plus sérieux que celui des myômes ordinaires, d'abord parce que, comme nous le verrons au chapitre suivant, tout traitement médical ainsi qu'une opération palliative sont *impuissants* à enrayer sa marche » (Freund), ensuite et surtout parce que cette tumeur, avec ses éléments épithéliaux, peut se transformer en *cancer* « comme un fibro-adénome du sein peut se transformer en épithéliome » (Pozzi).

Il faut nous rappeler, ici plus qu'ailleurs, cette loi de pathologie que : « Toute néoplasie est un pas vers une néoplasie plus grave (Verneuil, Ricard, Poncet) et qu'il est probable qu'un utérus déjà porteur d'une

tumeur bénigne sera plus aisément envahi par un néoplasme malin. »

Quant à l'influence de la *grossesse*, v. Recklinghausen n'a pas pu démontrer si celle-ci était favorable ou défavorable au développement des adénomyômes¹.

¹ Von Recklinghausen, *loc. cit.*, p. 186.

CHAPITRE XV

TRAITEMENT

Adénomyômes du corps. — De l'avis de Freund et de Landau, il faut pratiquer, dans tous les cas où le diagnostic aura été fait, l'hystérectomie abdominale totale en raison des symptômes rapportés plus haut et qui troublent l'organisme à un si haut point. Mais, comme le fait très justement remarquer Freund, « cette opération est très difficile dans toutes les circonstances et doit être faite avec une individualisation sévère, suivant les indications que fourniront les lésions que l'on aura sous les yeux ; ce sera, par conséquent, une opération atypique. Que l'on se décide à l'amputation du corps utérin ou, ce qui sera souvent le cas, à l'hystérectomie totale, il faut toujours être prêt à être forcé de s'écarter de la marche ordinaire de l'opération¹ ».

Quelques-uns des cas publiés jusqu'à présent ont résisté d'une façon opiniâtre à tout traitement médical, voire même à une opération palliative. En effet, Freund a même constaté dans un cas que, malgré la castration, l'adénomyôme avait continué à se développer.

¹ Freund, in v. Recklingh. *Adeno.*, p. 226.

Adénomyômes des cornes utérines. — « Toute nodosité des cornes utérines doit être extirpée. Si les ovaires sont à ce point dégénérés que leur conservation soit impossible, la présence de nodosités aux deux cornes commande l'hystérectomie. Si, au contraire, un ovaire peut être conservé, même sans trompe, mieux vaut tenter chez les femmes jeunes une opération conservatrice et, dans ce cas, réséquer simplement la corne. Pour ce faire, au delà de la nodosité, en dedans et en dehors, on place, après la désinsertion de la trompe, du ligament large correspondant, deux pinces de Kocher, on coupe au-dessus des pinces et on passe au-dessous, de centimètre en centimètre, des fils de catgut moyen. Les fils passés, on retire les pinces et on noue. Il faut avoir soin de bien réaliser l'hémostase utérine et, au besoin, mettre des points complémentaires¹. »

Adénomyômes du ligament rond. — L'excision du nodule n'est indiquée que quand il détermine des troubles fonctionnels (Cullen).

Autres variétés. — Dans le cas d'adénomyômes intraligamentés et kystiques, il sera souvent nécessaire d'en évacuer le contenu avant de pouvoir énucléer du plancher pelvien la tumeur et l'utérus. Etant donné que ces tumeurs soulèvent le péritoine du cul-de-sac de Douglas, il est prudent de le sectionner en arrière, afin de pouvoir, après extirpation de la tumeur, le

¹ Jayle et Cohn, *Revue de Gynécologie*, 1901.

ramener à sa place, en évitant ainsi une surface de section au niveau du plancher pelvien. Si l'on ne procède pas dans ces cas avec attention, des anses intestinales peuvent s'y engager et devenir adhérentes (Cullen).

CHAPITRE XVI

OBSERVATIONS¹

OBSERVATION I.

Adénomyôme interstitiel de la paroi antérieure du corps de l'utérus. — Polype muqueux dans la corne droite.

F. M..., quarante-neuf ans, ménagère à Lyon, entre à la Charité le 18 mai 1906, parce qu'elle a des pertes rouges constantes depuis le mois de janvier et qu'elle souffre à partir du deuxième jour des règles.

Nullipare, pas de fausses couches. Réglée à treize ans; pas de chloro-anémie. Règles régulières, tous les vingt-huit jours, durant quatre, cinq jours, sans douleurs.

La maladie actuelle aurait débuté, il y quatre ou cinq ans et se serait caractérisée par des hémorragies. Les règles dureraient depuis cette époque huit, dix jours sans douleurs, avec des caillots. Jamais la malade n'a été obligée d'interrompre son travail, ni de garder le lit. Ces dernières années, il y avait quelques douleurs au deuxième jour des règles.

Examen clinique. — On sent au toucher et palper combinés un utérus assez volumineux de la grosseur du poing environ. Les culs-de-sac sont libres.

¹ Observations recueillies dans le service du professeur A. Pollosson, à l'hospice de la Charité de Lyon (Clinique gynécologique).

Dilatation avec une tige de laminaire : toucher intra-utérin. On peut introduire une bougie sur une longueur de 10 centimètres. On sent dans la corne droite un polype et dans la paroi antérieure un fibrome non énucléable et qui est très probablement un adénomyôme. On retire des débris de muqueuse qui semblent néoplasiques, mais l'examen microscopique ne confirme pas cette hypothèse.

On se décide néanmoins à intervenir et on pratique l'hystérectomie abdominale totale par le procédé antérieur. Il y avait peu d'adhérences, localisées surtout autour du corps de l'utérus.

Examen macroscopique de la pièce (voir fig. I). Utérus du volume du poing. Cette augmentation de volume est due surtout à l'hypertrophie de sa paroi antérieure; celle-ci est globale, régulière, sans bosselures. Il n'existe aucun myôme sous-péritonéal. L'insertion des cornes utérines est un peu rapportée en arrière par rapport au fond utérin. Les annexes sont normales. Les trompes ne sont pas augmentées de volume, le pavillon est ouvert. Les ovaires ne présentent pas de grosses lésions. A gauche, il existe un petit kyste du volume d'une amande (kyste folliculaire) — à droite, l'ovaire est petit, en partie sclérosé.

A l'ouverture de l'utérus on constate une disproportion entre le col et le corps. La cavité cervicale mesure 3 centimètres et le corps utérin 7 centimètres. La muqueuse de la cavité cervicale est saine. — La cavité du corps est occupée au niveau de la corne droite par une saillie du volume d'une amande, molle, élastique, de couleur rosée tout à fait analogue à celle du reste de la muqueuse utérine. Pas de friabilité anormale, pas d'induration à la base, il s'agit certainement d'un adénome, d'un polype. Le reste de la muqueuse utérine ne présente rien de particulier et il n'existe pas de fongosités, pas d'hypertrophie de la muqueuse.

La paroi antérieure présente un épaississement régulier, occupant toute la hauteur du fond jusqu'à l'isthme. Le maximum de cet épaississement correspond à la partie

D^r Jamin.



FIG. I.

Adénomyôme interstitiel de la paroi antérieure du corps de l'utérus. —
Polype muqueux dans la corne droite (obs. I).

[D^r Ferd. Louis, *Adénomyômes
de l'utérus*, pl. I.]

médiane et mesure 4 centimètres. En examinant de plus près, on constate qu'il ne s'agit pas d'un myôme ordinaire, il n'y a pas de capsule et ce n'est pas une masse énucléable. La périphérie est formée par des strates concentriques sur une épaisseur d'1/2 centimètre en certains points, 2 à 3 millimètres en d'autres. Du côté de la muqueuse utérine, il n'existe aucune limite nette. La totalité de cet épaississement est constituée par des faisceaux musculaires parfaitement reconnaissables à leur aspect blanchâtre et à leur consistance plus résistante, diversement entrecroisés et circonscrivant dans leurs mailles des îlots constitués par une masse plus molle, plus foncée et dans lesquels on reconnaît des cavités kystiques. Celles-ci sont de volume variable : les uns apparaissent comme de simples fentes, d'autres comme de petites lumières vasculaires, ailleurs il en existe dans lesquelles on logerait une tête d'épingle en acier. (Voir fig. I.)

Examen microscopique. — On prélève un fragment de cet épaississement de la paroi antérieure du corps comprenant toute son épaisseur depuis le péritoine jusqu'à la muqueuse. — Durcissement à la paraffine; coloration à l'hématoxyline-éosine.

La muqueuse utérine présente des signes d'inflammation chronique, les cavités glandulaires sont dilatées. Il existe des hémorragies extra-et intraglandulaires. En certains points on voit les boyaux glandulaires de même que le tissu conjonctif muqueux qui l'accompagne plonger dans l'épaisseur du muscle, y former un trajet plus ou moins rétréci, puis se dilater à une certaine distance pour former un petit nid muqueux en plein muscle utérin.

A ce niveau, ce sont cinq ou six cavités kystiques, bordées d'un épithélium cylindrique plongé dans un tissu épithélial de cellules prenant fortement le colorant, à gros noyau, tout à fait analogues à celles du stroma de la muqueuse. Ces nids épithéliaux et glandulaires sont répartis d'une façon irrégulière dans la paroi utérine; ça et là,

les cavités glandulaires sont petites, tassées, rameuses, présentant un aspect dendritique. Sur une dizaine de coupes en série on peut suivre en certains points ces nids glandulaires jusqu'à la muqueuse utérine et songer à une inclusion glandulaire secondaire. Par ailleurs on ne voit aucun lien entre les portions glandulaires de la tumeur et la muqueuse utérine.

OBSERVATION II

Adénomyôme interstitiel de la paroi postérieure du corps de l'utérus.

Mme A..., cinquante-deux ans, consulte au début d'octobre 1905 M. le professeur A. Pollosson pour des pertes rouges constantes mais variables, en quantité, d'une semaine à l'autre, étant apparues depuis quatre ans; quelques caillots, peu de douleurs.

Réglée à quatorze ans, toujours régulièrement et sans douleurs.

Bonne santé habituelle, sauf un peu de chloro-anémie à seize ans.

Mariée à quarante-deux ans, pas d'enfants, ni de fausses couches.

A l'examen clinique. — Utérus augmenté de volume, consistance dure. Grosseur d'une orange. Assez facilement mobilisable. Les culs-de-sac du vagin sont libres.

Première intervention : fin octobre 1905. — Dilatation et toucher intra-utérin : on sent une grosse masse dans la paroi postérieure et l'on songe à un néoplasme. Curettage qui ramène des morceaux de muqueuse épais de 1 centimètre et long de 3 centimètres. On enlève la valeur d'une cuillère à bouche, environ de muqueuse. Aspect lisse, blanchâtre. Le curettage détermine peu d'hémorragie. On touche ensuite la cavité utérine avec du chlorure de zinc.

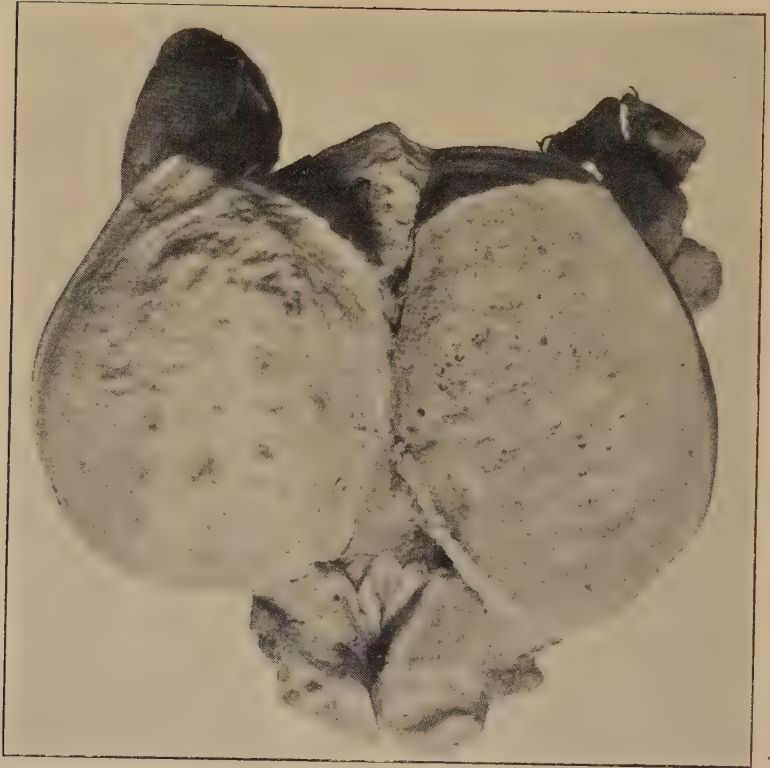


FIG. II.

Adénomyôme interstitiel de la paroi postérieure du corps de l'utérus
(obs. II).

[D^r Ferd. Louis, *Adénomyômes
de l'utérus*, pl. II.]

Examen histologique. — Les fragments prélevés intéressent à la fois la muqueuse et la musculuse. On constate une muqueuse épaissie avec des infiltrations hémorragiques. La musculuse en renferme également. La muqueuse prend très vivement les colorants nucléaires. Elle est constituée par un stroma de cellules à gros noyau, stroma très abondant dans lequel on trouve des glandes de volume et d'aspect variables, mais avec une seule rangée très nette de belles cellules cylindriques à noyau basilaire. Les cavités glandulaires sont çà et là remplies de globules blancs, de globules rouges et de déchets cellulaires.

On fait le diagnostic d'endométrite fongueuse hémorragique avec néoplasme du corps.

Les résultats furent une cessation des hémorragies pendant six à huit mois. Elles reparurent de nouveau et on pratiqua une semblable intervention en novembre 1906. Cette *deuxième intervention* ne fut suivie d'aucune amélioration.

En conséquence, une *troisième intervention*, celle-ci radicale, fut décidée et M. le professeur A. Pollosson assisté de M. le professeur agrégé Tixier, pratiquèrent l'hystérectomie abdominale totale par le procédé antérieur, le 6 avril 1907.

Les suites opératoires furent très bonnes et l'état actuel de M^{me} A... est parfait sous tous les rapports.

Examen macroscopique (v. fig. II) *et microscopique.* — On fait le diagnostic d'adénomyôme interstitiel de la paroi postérieure du corps de l'utérus.

Ce cas étant superposable au précédent, nous ne ferons que signaler les différences : le siège de la tumeur dans la paroi postérieure ; muqueuse hyperplasiée ; les cavités qui apparaissent ici comme de petits kystes utérins sont remplies d'un liquide précipitable par l'alcool.

Le stroma est très développé et forme des îlots. Dans cette pièce l'élément glandulaire et kystique prédomine, alors que dans la première préparation le muscle utérin prenait une part prépondérante à la formation de la tumeur.

OBSERVATION III

Adénomyôme du fond de l'utérus et partiellement du corps.

G. M..., âgée de quarante et un ans, ménagère à Lyon, entre à la Charité le 26 mars 1906, pour des douleurs très considérables au niveau de l'hypogastre datant d'environ un mois, avec exacerbation au moment des règles, lesquelles sont profuses.

Réglée à quatorze ans, d'une façon irrégulière, d'abord avec suppression des règles pendant quelques mois. N'a jamais eu une santé très robuste.

Mariée à vingt-trois ans elle n'a eu ni enfants, ni fausses couches.

L'affection actuelle a débuté il y a un an par des règles très abondantes, durant huit à dix jours, et ce n'est que dans ces dernières semaines que la malade se plaint de violentes douleurs. La malade a beaucoup maigri et perdu ses forces; les pertes s'affaiblissent tellement qu'elle est obligée de s'aliter au moment de ses époques.

Examen clinique. — Le ventre est souple, amaigri, facilitant l'exploration. On sent en arrière, dans le cul-de sac postérieur, une grosse masse kystique, rénitente du volume d'une tête fœtale dont le pôle supérieur est appréciable par la paroi abdominale. Il est difficile de dire si cette tumeur appartient au côté droit ou au côté gauche. Il s'agit sûrement d'une masse annexielle: l'utérus en avant, vertical, augmenté de volume. On fait le diagnostic d'annexite kystique ancienne ou de kyste tordu et on décide une intervention.

3 avril 1906. — Laparotomie par M. le professeur A. Pollosson; hystérectomie abdominale totale par le procédé antérieur. Décortication en masse d'un gros hydrosalpinx droit du volume d'une tête fœtale, attenant à l'utérus. Nombreuses adhérences.

Examen macroscopique. — L'utérus est augmenté de volume, déformé, épaissi dans tous les sens. Les trompes viennent pénétrer à trois travers de doigts au-dessous du fond. Il existe donc un fibrome du fond utérin. — Au niveau des cornes utérines, il existe de même un épaississement notable d'une longueur de 2 centimètres. — A la coupe, au lieu d'avoir affaire à des fibromes isolés multiples, on trouve une myomatose diffuse. L'ensemble de l'utérus présente le volume d'une grossesse de trois mois; longueur 12 centimètres, diamètre antéro-postérieur, 8; diamètres latéraux, 9 millimètres (au niveau des cornes).

Au niveau des cornes, on a de la peine à suivre la lumière tubaire au milieu d'un tissu myomateux avec des trousseaux musculaires disposés en différents sens et entourant un certain nombre de dépressions ou de véritables lumières. — En examinant de plus près le myôme utérin, on constate ces mêmes dépressions, assez nombreuses et l'on songe, étant donné les autres caractères, à un adénomyôme.

La trompe droite est transformée en un véritable sac, aminci, du volume d'une tête fœtale, contenant un liquide clair. Sa surface interne est lisse et les villosités tubaires ont complètement disparu. La trompe gauche est également fermée, mais ici les villosités tubaires existent encore. Au niveau de la portion ampullaire, la cavité tubaire pourrait loger le pouce.

Les deux ovaires sont sains.

Examen histologique. — Des coupes ont été pratiquées :

1° Sur les trompes, de chaque côté de l'utérus, intéressant la portion isthmique de la trompe et le myôme sous-jacent qui déplisse le ligament large.

2° Sur la tumeur utérine.

1° On aperçoit, au sommet de la coupe, la trompe avec sa lumière toute petite; à ce niveau, quelques plis internes à peine ébauchés et une couche sous-muqueuse. On reconnaît également la couche musculaire circulaire avec ses

trousseaux fibreux et musculaires coupés en travers, plus en dehors des vaisseaux au niveau du méso. Dans la zone tubaire, il n'y a pas de formations kystiques. La trompe est limitée, en bas, par une zone de tissu cellulaire dans laquelle se trouvent des vaisseaux. Au-dessous existe une formation musculaire à trousseaux coupés en long, d'autres en travers; dans cette masse épaisse d'1 cm. 50, on voit des cavités kystiques nombreuses, reposant directement sur le muscle tapissé d'un épithélium cylindrique élevé.

Ces cavités kystiques sont de volume différent; elles sont tantôt isolées, couplées par deux ou trois, régulièrement arrondies; ailleurs, elles sont à peine ébauchées, leur cavité est presque nulle, leurs parois se touchent et se disposent en traînées. A l'intérieur de ces cavités, il existe des corpuscules foncés, avec un ou deux noyaux, avec un protoplasma ayant pris l'hématéine d'une façon diffuse. Le noyau de ces corpuscules est de volume assez variable. Ce ne sont pas des globules rouges, ni des globules blancs dont le protoplasma ne se laisserait pas colorer.

2° La coupe qui intéresse l'utérus au niveau de son fond révèle une muqueuse hypertrophiée riche en glandes; celles-ci sont contournées, tire-bouchonnées, avec des aspects dendritiques. Le myôme sous-jacent est formé par du tissu musculaire lisse disposé en trousseaux, assez denses, coupés les uns en long, les autres en travers. Entre ces trousseaux musculaires existent des formations glandulaires à épithélium cylindrique plongeant dans un tissu avec grosses cellules prenant fortement les colorants, tout à fait analogue à celui du stroma de la muqueuse utérine. Ces formations glandulaires, inscrites çà et là, sont nombreuses, dilatées, contournées et disposées en groupements assez denses. Lorsqu'on examine les points voisins de la muqueuse sur un certain nombre de coupes sériees, on voit très nettement sur l'une un prolongement de la muqueuse utérine venant s'enfoncer dans le muscle; sur les autres, à la place de ce prolongement on voit des cavités

isolées, disposées dans la même direction, en forme de traînées. Sur la coupe suivante, ces formations paraissent nettement isolées.

OBSERVATION IV

*Adénomyôme tubaire unilatéral de la corne droite ;
myôme simple de la corne gauche.*

V. L..., trente-sept ans, sans profession, célibataire, originaire de la Savoie. Se plaint de douleurs très vives dans l'hypogastre pendant toute la période des règles. Cette dysménorrhée existe depuis l'apparition de la première menstruation.

Réglée à seize ans, irrégulièrement tous les 25 à 36 jours ; règles peu abondantes, durant quatre jours.

Femme vigoureuse et très musclée.

Examen clinique, 22 juillet. — On note : utérus en rétro-position, petit, quasi infantile, 4 cm. 50 à l'hystéromètre. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une masse du volume d'un œuf de poule que l'on peut abaisser.

1^{er} séjour, 22 juillet, 17 août 1903. — Colpotomie postérieure, le 9 août 1903. La masse gauche est un ovaire que l'on crève en voulant l'extirper. Il s'écoule de cette poche un contenu hématique. Ablation de l'ovaire gauche.

2^e séjour en août 1905. — La dysménorrhée n'ayant pas cessé, on se décide à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale le 18 août 1905. On constate au niveau de la corne utérine droite une nodosité contournée, irrégulière, bosselée, blanchâtre, du volume d'une noix. Cette nodosité paraît formée aux dépens de la trompe. De nombreuses adhérences entourent l'utérus et les trompes. Péritonisation difficile, faite incomplètement.

Examen macroscopique et microscopique. — Utérus de volume normal. La trompe gauche semble diminuée de longueur, le pavillon est ouvert ; on constate la présence

de trois petits kystes paratubaires. Des ovaires, l'un était hématokystique et fut enlevé dans une première intervention, l'autre présente également un petit kyste à contenu hématique.

A l'examen histologique, on constate de nombreuses cavités kystiques sous-péritonéales au niveau du noyau de la corne utérine droite. Il s'agit sans aucun doute d'un adénomyôme. Au niveau de l'autre corne, c'est-à-dire à gauche, il n'existe qu'un myôme simple.

OBSERVATION V

Adénomyômes bilatéraux des cornes utérines.

M. A..., âgée de trente-sept ans, sans profession, habitant Saint-Clair, entre à la Charité le 31 octobre 1905.

La malade a toujours beaucoup souffert au moment de ses règles; celles-ci s'accompagnaient parfois de vomissements. Elles sont très abondantes, durant huit jours, avec caillots. Règles toujours très irrégulières avec parfois un retard de deux ou trois mois. Pas de métrorragies, ni de douleurs entre les époques.

Mariée à dix-neuf ans, sans enfants, ni fausses couches. Le coït a toujours été très douloureux.

Examen clinique. — La vulve est étroite, le périnée intact, le vagin peu profond. Le col plutôt cylindrique que conoïde possède un petit orifice. En suivant sa lèvre antérieure, on arrive immédiatement, à 2 centimètres de son orifice, sur une masse occupant le cul-de-sac antérieur, et formant avec la direction du col un angle assez accentué. Cette masse est le fond utérin qu'on saisit par le palper et toucher combinés. Elle est dure, douloureuse et présente à son extrémité comme une bosselure, qui rend ce fond utérin très irrégulier. Cette masse présente une consistance plus dure que l'utérus normal, on dirait plus volontiers

fibromateux. Les culs-de-sacs latéraux paraissent libres ; toutefois, du côté droit, on sent le corps utérin qui déborde le plan du col d'une façon plus anguleuse que normalement. Par le toucher rectal, on sent à 2 centimètres au-dessus de la saillie du col, et à droite, une nodosité du volume d'une petite cerise. L'examen est très douloureux.

Intervention le 4 novembre 1905, incision transversale de la paroi abdominale, d'après Pfannenstiël. A l'ouverture du péritoine, on trouve un utérus fibromateux avec un petit fibrome presque pédiculé en avant ; bosselure très nette au niveau de la corne utérine droite ; nombreuses adhérences épiploïques à la face postérieure et sur les cornes. Les annexes sont volumineuses surtout à droite, encastrées dans des adhérences. On libère d'abord les annexes du côté gauche. Hystérectomie abdominale totale par le procédé antérieur. Après libération de l'utérus, le Douglas apparaît occupé par l'annexe droite adhérente. On la détache peu à peu ; elle est fixée au rectum qu'elle entraîne. On sectionne une adhérence aux ciseaux, la musculature rectale est à nu.

Péritonisation difficile.

Examen de la pièce. — Utérus notablement augmenté de volume. On remarque un petit myôme du volume d'une grosse noix situé au milieu du fond de l'utérus. Chaque corne utérine présente une saillie blanchâtre triangulaire, sa base correspondant à l'utérus ; le sommet de cette saillie est libre. Cette petite masse est plus accusée à droite qu'à gauche ; elle est du volume d'une cerise à droite, d'un haricot à gauche. Les trompes sont kystiques de chaque côté.

L'examen histologique nous a démontré un myôme encapsulé du fond, et deux adénomyômes tubaires, symétriques.

CONCLUSIONS

I. Les adénomyômes sont, en général, des tumeurs relativement rares, mais au niveau de l'utérus et spécialement des cornes utérines, elles sont assez fréquentes.

II. Les adénomyômes de l'utérus et des trompes peuvent avoir une double origine : ils peuvent être acquis (inflammatoires) ou congénitaux. La plupart des auteurs admettent aujourd'hui la prédominance des adénomyômes d'origine muqueuse inflammatoire. Sur les autres points des organes génitaux de la femme, ces tumeurs dépendraient d'un trouble embryologique seul.

III. Au point de vue clinique, ménorrhagie et dysménorrhée sont les deux principaux signes des adénomyômes de l'utérus et encore n'ont-ils pas un caractère pathognomonique.

IV. Le diagnostic clinique est à peu près impossible ; on confondra souvent ces tumeurs avec les myômes simples ; il faut recourir à l'examen histologique. La

localisation de la tumeur, de l'avis de la majorité, peut seule, à la rigueur, nous guider dans le diagnostic histogénétique différentiel.

V. Les adénomyômes ont une tendance remarquable à dépasser les limites physiologiques, mais gardent néanmoins un pronostic bénin ; il faut craindre particulièrement avec cette variété de myômes une dégénérescence cancéreuse qui, une fois établie, évolue avec une assez grande rapidité.

VI. Les lésions annexielles sont presque la règle avec les adénomyômes de l'utérus et des trompes (hydrosalpinx, ovaires kystiques, etc.).

VII. Il n'y a qu'un traitement chirurgical : l'ablation de la tumeur, avec hystérectomie abdominale totale quand celle-ci appartient à l'utérus ou aux trompes (W.-A. Freund).

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. POLLOSSON

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 décembre 1907.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- ANSPACH. — A case of adenomyoma of the undeveloped horn in a uterus bicornis (*Amer. journ. of Obst.*, octobre 1904).
- ARCHAMBAULT (J.-L.) et PEARCE (R.-M.). — Tuberculosis of an adenomyoma of the uterus, with a pathologic report (*J. Am. m. Ass. Chicago*, 1906, XLVII, p. 768-770).
- ASCHOFF (L.). — Cystisches Adenofibrom der Leistengegend (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1899, IX, H. 1, p. 25).
- Ueber die Lage des Paroophoron (*Centralbl. f. path. Anat.*, 1899, p. 838).
- Geschwülste (*Ergeb. der allg. Path. u. path. Anat.*, 1898, Jahrg. V, p. 73, Wiesbaden, 1900).
- *Kursus der path. Histologie*, Wiesbaden, 1900.
- AUGIER et DELASSUS. — Sur un Cas d'adénomyôme utérin (*J. des Sciences méd. de Lille*, 1905, p. 474-476).
- BABESIU (V.). — Ueber epitheliale Geschwülste in Uterusmyomen (*Wien. allg. med. Ztg.* 1882, XXVII, p. 36).
- VON BABO (Mlle Agnès). — Ueber intraovarielle Bildung mesonephrischer Adenomyome u. Cystadenome (*Arch. f. Gyn.*, 1900, LXI, p. 595).
- BALDY (J.-M.) and LONGCOPE (W.-T.). — Adenomyomata of the uterus (*Amer. journ. of Obst.*, New-York, 1902, XLV, p. 788-802).
- BALLANTYNE (J.-W.) and WILLIAMS (J.-D.). — Histol. and Pathology of the Fallopian Tube (*British med. Journ.*, 1891, p. 1568).
- BARABAN (L.). — Contribution à la pathogénie des cystomyômes urérins. Cystomyôme multiloculaire, bilatéral, symétrique ayant oblitéré la portion utérine des trompes de Fallope (*Rev. med. de l'Est*, 1891, XXIII, p. 609).
- BARABAN et VAUTRIN. — Tumeur fibro-kystique du col utérin

- d'origine congénitale (*Ann. de gyn. et d'obst.*, 1900, I, p. 412).
- BAUEREISEN. — Ein Fall von Cystadenoma uteri (*Beiträge z. Geburtsh. u. Gyn.*, IX, Heft 1).
- Ueber einen Fall von Adenomyoma uteri sarcomatosum (*Münch. med. Woch.*, 1904, p. 1321, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1904, p. 1498).
- BOCKELMANN. — Intraligamentär entwickeltes cystisches Fibromyom des Uterus (*Centralbl. f. Gyn.*, 1900, p. 1354).
- BORST (M.). — *Die Lehre von den Geschwülsten*, Wiesbaden, 1902.
- BREUS (C.). — Ueber wahre epithelführende Cystenbildung in Uterusmyomen, Wien, 1894.
- BRUNET. — Ein Fall von Adenomyom des Epoophoron (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, LIII, p. 507).
- CAMERON and LEITCH. — Adenomyoma of the uterus (*The Lancet*, July 9, 1904, p. 86-88).
- CAMERON and TAYLOR. — On adenomyoma of the uterus (*J. of obst. and Gyn of the brit. emp.*, London, 1904, vol. V, p. 248-255).
- CAMNITZER. — *Zur Kenntniss der epithel führenden Cystenbildungen in Uterusmyomen* (thèse, Berlin, 1895).
- CARLE. — *Contributo allo studio degli adenomiomi dell'utero*, Roux e Fossati, Torino, 1900.
- CARUSO. — Contributo alla conoscenza del cisto-adenoma del collo uterino (*Atti della Soc. ital. di ost. e gin.*, 1901, vol. VII).
- CHIARI (C.). — Zur pathol. Anatomie des Eileiterkatarrhs (*Prager Zeitschr. f. Heilkunde*, 1887, VIII, p. 457).
- CHRYSPATHES. — Doppelseitige, reine Hämatosalpinx infolge von harten, weissen Adenomyomen beider Tubenwinkel (*Zeitschr. f. Gyn.*, 1901, XLIV).
- CLAISSE (A.). — Développement des adénomyômes utérins de nature inflammatoire (*Ann. de Gyn. et d'obstet.*, 1900, t. III, p. 428-438).
- *Recherches sur le développement des fibromyômes, et des adénomyômes de l'utérus* (thèse, Paris, 1899-1900, n° 215; Cf. in *Rev. de Gyn.*, 1900, p. 865).
- COHN (Mlle Théophila). — *Cornes utérines* (thèse, Paris, 1900-1901 n° 264).
- CORDARO (V.). — Sopra di un caso di endometrite cronica fungosa e salpingite vegetante bilaterale emorragica con adenomiofibroma cisticum del corpo dell'utero (*Ras-*

- segna d'ostet. e Gyn.*, 1903, anno 12, n° 5, p. 331-343, Napoli).
- CULLEN (T.-S.). — Adenomyoma uteri diffusum benignum (*The John Hopkins Hospital Reports*, Baltimore, 1896, VI, p. 133. — Cf. in *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, p. 1408).
- *Adenomyome des Uterus*, A. Hirschwald, Berlin, 1903).
- DANIEL. — De l'état des annexes dans les fibromes utérins (*Rev. de Gyn.*, 1905, I et II).
- DEVAUX (L.). — *Lésions des annexes durant l'évolution des fibromes utérins* (thèse, Paris, 1902-1903, n° 88).
- DIESTERWEG (A.). — Ein Fall von Cystofibroma uteri verum (*Zeitschr. f. Geb.*, 1883, IX, p. 194, 234; *Verh. d. Gesell. f. Gyn.*, 1882).
- DILLMANN (H.). — Adenomyome des Uterus u. ihre Beziehung zum Krebs (*Zeitschr. f. Krebsforschung*, 1904, II, Heft 3, p. 333-353).
- EIPPER (O.). — *Zwei Fälle von Drüsenentwicklung in myomen* (thèse, Tübingen, 1899).
- ELLER. — Ueber die Beziehung eines Uterusmyoma zu gleichzeitig vorhandenen multiplen Tumoren beider Nieren (*Virch. Arch.*, 181, Heft 2).
- FABRICIUS (J.). — Ueber Cysten an der Tube, am Uterus u. dessen Umgebung (*Arch. f. Gyn.*, 1896, L, p. 385).
- FISCHEL (W.). — Beiträge zur pathol. Histologie der weiblichen Genitalien (*Arch. f. Gyn.*, XXIV, 1884).
- FRANKL. — Die Missbildungen der Gebärmutter u. Tumoren der Uterusligamente im Lichte embryologischer Erkenntnisse (*Volkman's klin. Vortr.*, 1903, n° 363).
- FREUND (W.-A.). — Notes cliniques in : *Die Adenomyome etc.*, de v. Recklinghausen, p. 220.
- GEBHARD (C.). — *Verhandl. d. Gesselsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, 1894.
- *Pathol. Anatomie des weiblichen Sexualorgane*, Leipzig, 1899.
- GOTTSCHALK (S.). — Demonstration zur Entstehung der Adenome des Tubenisthmus (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XLII, p. 616).
- Zur Histogenese u. Aetiologie d. Uterusmyome (*Arch. f. Gyn.*, 1893, XLIII, p. 535; *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, n° 6).
- GRAVES (W.-P.). — Adenomyoma of the uterus; a report of four cases (*Boston M. and S. J.*, 1906, div. 283-285).

- GRUENBAUM (D.). — Adenomyoma corporis uteri mit Tuberculose (*Arch. f. Gyn.*, 1907, LXXXI, p. 383-399).
- HARTY (A.). — Cammelreferat über die mesonephrischen Adenomyome (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd IX, XIII, XX, XXI).
- HAUSER (G.). — Drüsenschläuche in einem Fibromyom des Uterus (*Münch. med. Woch.*, 1893, n° 10, p. 189-191, et *Virch. Arch.*, 1895, t. CXLI, p. 485).
- HEINE (S.). — *Ein Beitrag zur Entstehung der Adenomyome der weiblichen Genitalien* (thèse, Berlin, 1903).
- HENGGE. — Zystisches Myom des Uterus (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, X, p. 117).
- VON HERFF (O.). — Ueber Cystomyome u. Adenomyome der Scheide (*Verhdl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, 1897).
- HERTWIG (O.). — *Embryologie de l'homme et des vertébrés*, 4^e édit., 1893, p. 331 et 336.
- HIRST (J.-C.). — The histologic and histological differential diagnosis of the epithelial canal in Adenomyomata of the uterus (*Amer. Journ. of med. Science*, 1899).
- HOEHNE. — Mannskopfgrosses subseröses mesoneph. Kystomyom uteri (*Verhdl. der Naturf. Ges.*, II, 2 Hälfte, p. 227, 1902).
- HOESLI (A.). — *Ueber einen Fall von Fibrom intraligament. adenomatosum mit Tuberkulose* (thèse, Zurich, 1904).
- HOFMEIER (M.). — Ueber die Beziehung zwischen Myom u. Sterilität (*Berl. klin. Woch.*, 1896, n° 43).
- HOTMANN (d'). — *Etudes sur les néoplasmes de la paroi des trompes* (thèse, Paris, 1892).
- HUNDT (P.). — *Ueber Adnexerkrankungen bei Uterusmyomen* (thèse, Erlangen, 1902; ref. in *Centralbl. f. Gyn.*, n° 4).
- HYENNE. — *Etude des principales dégénérescences des myômes de l'utérus* (thèse, Paris, 1897-1898, n° 243).
- IVANOFF (N.-S.). — Zur Frage über die Adenomyome der Gebärmutter (*Journ. de la Société russe pour l'hygiène pop.*, avril 1896, n° 4).
- *Adénomyômes de l'utérus* (thèse, Saint-Pétersbourg, 1897. — Ref. in *Jahresb. f. Gyn.*, 1897).
- Drüsiges cystenhaltiges Uterusfibrom, kompliziert durch Sarkom Carcinom (adenofibromyoma cysticum sarkomatodes carcinomatosum) (*Vrach*, Saint-Pétersbourg, 1897, XVIII, 1419, et *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, VII, Heft 3, p. 295-300).

- JAHRESBERICHT (J.). — *Ueber die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshülfe u. Gyn. herggb. v. Frommel* (Richard) in Erlangen, Wiesbaden, libr. Bergmann, 1888
- JAYLE et COHN. — Des Nodosités des cornes utérines (*Rev. de gyn.*, 1901, p. 381, n° 3).
- JOSEPHSON. — Ueber die Neoplasmen der missbildeten Gebärmutter (*Arch. f. Gyn.*, 1901, LXIV, Heft 2, p. 376).
- KAUFMANN (E.). — *Lehrb. der Spec. path. Anat.*, Berlin, 1896.
- KEHRER (F.-A.). — Patholog.-Anat. Beiträge zur sogenannten Salpingitis isthmica nodosa (*Hegar's Beiträge z. Geb. u. Gyn.*, 1901).
- KLEIN (G.). — Die Geschwülste des Gartnerischen Ganges (*Virch. Arch.*, 154, p. 63).
- KLEINHANS (F.). — Beitrag zur Lehre von den Adenomyomen des weiblichen Genitaltraktes (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, LII, Heft 2, p. 266).
- KNAUER. — Ueber einen Fall von Uteruscyste (*Centralbl. f. Gyn.*, 1895, XIX, p. 498).
- Ein Fall von colossalem Cystomyom des Uterus (*Centralbl. f. Gyn.* 1900, p. 1296).
- KOSSMANN (R.). — Zur Pathologie der Uterineureste des Weibes (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, I).
- *Centralblatt f. Gyn.*, 1894, p. 809, 1036, 1249 et 1895.
- Die Abstammung der Drüenschläuche in den Adenomyomen des Uterus u. der Tuben (*Arch. f. Gyn.*, 1897, LIV, p. 359).
- KOUWER. — Demonstration eines intraligamentär entwickelten cystösen fibromyoms (*Med. gyn. Vereeniging*, 130 Ht; *Nederl. Tydiche v. Verlosk en Gyn.*, XIII, p. 331).
- KRÖNIG (B.). — Mesonephrisches Adenomyom (*Centralbl. f. Gyn.*, 1901, p. 344).
- Ein retroperitoneal gelegenes voluminöses Polycystom entstanden aus Resten des Wolff'schen Körpers (*Beiträge z. Geb. u. Gyn.*, 1901, IV, p. 61).
- KUDOH (T.). — *Klinischer u. Anat. Beitrag zur Adenomyombildung im Uteruskörper* (thèse, Würzburg, 1905).
- LANDAU (L.). — *Anat. u. klin. Beiträge zur Lehre von den Myomen am weiblichen Sexualapparat*, 1889, Berlin, Vienne.
- Ueber einen bisher nicht bekannten Verschluss der Gebärmutter (*Berl. klin. Woch.*, 1901, n° 8).
- LANDAU (L.) et PICK (L.). — Ueber die mesonephrische Atresie

- der Müllerschen Gänge zugleich ein Beitrag zur Lehre von den mesonephrischen Adenomyomen des Weibes u. zur Klinik des Gynatresien (*Arch. f. Gyn.*, 1901, LXIV, Heft 1, p. 98).
- LEGUEU et MARIEN. — Note sur le rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété des fibromyômes utérins (*Bull. de la Soc. anat.*, 1896, LXXI).
- Des éléments glandulaires dans les fibromyômes de l'utérus (*Ann. de gyn. et d'obst.*, 1897, XLVII, p. 134).
- LICHTENSTERN (E.). — Beitrag zur Lehre vom Adenomyoma uteri (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, XIV, p. 308-321).
- VON LOCKSTAEDT (P.). — Ueber Vorkommen u. Bedeutung von Drüseneinschlüssen in den Myomen des Uterus (thèse Königsberg, i/Pr. 1898. — Ref. in *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, VII, Heft 2, p. 188-232).
- LOEHLEIN (C.-A.-H.). — Fall von adenomatöser Erkrankung des Corpus uteri mit multipler Cystenbildung in der Corpuswand (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, XVII, p. 330).
- LUBARSCH (O.). — Pathologie der Geschwülste (*Ergeb. der allg. Path. u. path. Anat.*, 1895, p. 575-578, 1899, p. 994-995, 1901).
- MACKENRODT (A.-K.). — Adenomyoma (*Centralbl. f. Gyn.*, 1899, XXIII, p. 1446).
- MARTIN (A.). — Zur Pathologie der Eileiter (*Deutsch. med. Woch.*, 1886, n° 17).
- Ueber Tubenerkrankung (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1887, XIII).
- Zur Pathologie des Lig. rotundum (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1891, XXII, p. 444).
- *Pathologie u. Therapie der Frauenkrankheiten*, 1893, III, p. 239).
- MATLAKOWSKY et PRZEWOSKI. — Beitrag zur besseren Erkenntniss der Cystomyome des Uterus, Warschau, 1891. (Ref. in *Jahresbericht de Frommel*, 1891).
- MEYER (J.-G.-V.). — Ueber Adenomyoma uteri (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, LIII, Heft 1, p. 167).
- MEYER (R.). — Ueber die Genese der Cystadenomyome u. Adenomyome des Uterus (*Verhdl. der Berlin. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn.*, 13 mai 1897; *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, XXXVII, p. 327-337; ref. in *Centralbl. f. Gyn.*, 1897, n° 24, p. 759).

- MEYER (R.). — Ueber einige Beobachtungen an der fötalen Uterusschleimhaut (*Centralbl. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, XXXVIII).
- Ueber epitheliale Gebilde im Myometrium des fötalen u. Kindlichen Uterus, Berlin, 1899.
 - Ueber embryonale Gewebseinschlüsse in den weiblichen Genitalien u. ihre Bedeutung für die path. dioser Organe (*Ergb. d. allgem. Path.*, 1903, IX, 2, p. 518).
 - Adenomyome (*Veit's Handbuch' des Gynak.*, 1907, I, p. 466-484).
 - Adenomyome (*Enzyklop. f. Geb. u. Gyn. von Sänger u. Herff.*, Leipzig, 1900, p. 15).
 - Ueber Drüsen, Cysten u. Adenom im Myometrium bei Erwachsenen (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, XLII, p. 526 et XLIII, p. 130 et 329, 1901, XLIV, p. 39; ref. *Rev. de Gyn.*, 1901, p. 137).
 - Ueber adenomatöse Schleimhautwucherungen in der Uterus u. Tubenwand u. ihre pathol. anat. Bedeutung (*Virch. Arch.*, 1903, vil. CLXXII, p. 394).
 - Eine unbekannte Art. Adenomyom des Uterus mit einer kritischen Besprechung (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, XLIX, p. 464-507).
- MUSKAT. — Ein Beitrag zur Kasuistik der Tubenmyome (*Arch. f. Gyn.*, 1900, LXI, p. 121).
- NAGEL (W.). — Beitrag zur Genese der epithelialen Eierstockgeschwülste (*Arch. f. Gyn.*, 1888, XXXIII, 1).
- Ueber die Entwicklung des Uterus u. des Vagina beim Menschen (*Arch. f. mikrosk. Anat.*, 1891, XXXVII).
 - Ueber die Entwicklung der inneren u. äusseren Genitalien (*Arch. f. Gyn.*, 1895, XLV, p. 453).
- NEBESKY. — Kasuistischer Beitrag zur Kenntniss der Adenomyome des Uterus (*Arch. f. Gyn.*, 1903, LXIX, p. 339-354).
- Zur Kasuistik der vom Lig. rotundum uteri ausgehenden Neubildungen (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1903, XVII, p. 441).
- NEUMANN (S.). — Ueber Urnierenreste im Ovarium, etc. (*Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1898).
- Ueber einen neuen Fall von Adenomyom des Uterus u. der Tuben mit gleichzeitiger Anwesenheit von Urnierenkeimen im Eierstock (*Arch. f. Gyn.*, 1899, LVIII, p. 593).

- OPITZ. — Ueber Adenomyome u. Myome der Tuben u. des Uterus nebst Bemerkungen über die Entstehung von Ovarialgeschwülsten (*Verhdl. der Ges. f. Geb. u. Gyn.* Berlin, 23 febr. 1900; *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1900, XLII, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1900, XXIV, p. 411, n° 15).
- ORLOFF. — Zur Genese der Uterusmyome (*Prager Zeitschr. f. Heilk.*, 1895, XVI, Heft 4, p. 311-339).
- ORTH (J.). — *Lehrb. der Spez. path. Anat.*, 1893, II, p. 555.
- PALM (R.). — Ein Fall von Cystadenofibromyom cervicis; Kasuistischer Beitrag zu den Adenomyomen (*Arch. f. Gyn.*, 1897, LIII, p. 92-95).
- PETERS. — Die Urniere in ihrer Beziehung zur Gynäkologie (*Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, n° 95).
- PFANNENSTIEL (J.). — Ueber die Adenomyome des Genitalstranges (*Verhdl. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn.* 1897, VIII, p. 195; ref. in *Centrabl. f. Gyn.*, 1897, n° 21, p. 784).
- PICK (L.). — Gebärmutterverdoppelung u. Geschwulstbildung (*Arch. f. Gyn.*, 1896, LII, p. 408).
- Ein neuer Typus des voluminösen paroophoralen Adenomyoms zugleich über eine bisher nicht bekannte Geschwulstform der Gebärmutter (Adenomyoma psomopapillare) und über totale Verdoppelung des Eileiters (*Arch. f. Gyn.*, 1897, LIV, p. 107; ref. in *Centr. f. Gyn.*, 1897, n° 47, p. 1407).
 - Die Adenomyome der Leistengegend u. des hinteren Scheidengewölbes (*Arch. f. Gyn.*, 1898, LVII, Heft 2, p. 461).
 - Ueber Adenomyome des Epoophoron u. Paroophoron (*Virch. Arch.*, 1899, LVI, p. 507).
 - Ist das Vorhandensein der Adenomyome des Epoophoron erwiesen? (*Centrabl. f. Gyn.*, 1900, XXIV, n° 15, p. 389).
 - Ueber die epithelialen Keime der Adenomyome des Uterus u. ihre histologische Differentialdiagnose (*Arch. f. Gyn.*, 1900, LX, p. 176-200).
- PILLIET (A.). — Les Débris du corps de Wolff et leur rôle dans la pathogénie des tumeurs (*Tribune médicale*, 1889).
- Fibromyôme de la trompe utérine (*Bull. de la Soc. anat.*, 1894, LXIX, p. 554).
- PILLIET et SOULIGOUX. — Kyste du ligament large et du canal

- de Gartner (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1894, LXIX, p. 412).
- PIQUAND (G.). — *Les Dégénérescences de fibromyômes de l'utérus* (thèse, Paris, 1905, bibliogr.).
- POLANO. — Das klinische Verhalten des Adenomyoma corporis uteri (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, LIV, Heft 2, p. 294-303).
- POLLOSSON (A.) et VIOLET. — Myômes diffus non énucléables; métrite myomateuse (*Lyon médical*, 1905, vol. II, p. 230).
- POZZI (S.). — *Traité de gynécologie*, 4^e édit., 1907, article ADÉNOMYÔMES, 1, p. 491.
- PRUDDEN. — Adenomyoma of the uterus (*Med. record*, New-York, 1897, 13 novembre).
- RAIMONDI. — *Les Kystes du ligament large* (thèse, Paris, 1897).
- VON RECKLINGHAUSEN (D.-Fr.). — *Arch. f. mikr. Anat.*, 1889, XXXII.
- Fälle von angeborenen Tumoren oder Teratomen (*Sitzungsberichte d. Naturwis. medic. Vereins*, 1892; *Deutsche med. Woch.*, 1892, n° 15).
 - Ueber die Adenocysten der Uterustumoren u. Ueberreste des Wolff'schen Organs (*Deutsch. med. Woch.*, 1893, n° 34, p. 825).
 - Ueber Adenomyoma des Uterus u. der Tuba (*Wien. klin. Woch.*, 1895, XXIX, et 1899).
 - Die Adenomyome u. Cystadenome des Uterus u. der Tubenwandung, ihre Abkunft von Resten des Wolff'schen Körpers. In Anhang: *Klinische Notizen zu den voluminösen Adenomyomen des Uterus*, von W.-A. Freund, A. Hirschwald, Berlin, 1896, in-8, 247 p. Conf. Revue analyt. in *Annales de Gyn.* 1896, XLVI, p. 60-71).
- RIBBERT (H.). — Entstehung der Geschwülste (*Deutsch. med. Woch.*, 1895, n° 1-4).
- *Ergeb. d. allg. Path.*, X, p. 716, art. Adenomyome.
 - *Geschwulstlehre*, Bonn, 1904.
- RICKER (G.). — Beiträge zur Aetiologie der Uterusgeschwülste (*Virch. Arch.* 1895, vol. CXLII, p. 194-200).
- ROCHE (R.). — Adénomyôme de l'utérus (*J. de médecine de Bordeaux*, 1906, p. 288).
- VON ROKITANSKY (K.). — *Lehrbuch des spez. path. Anat.*, 3^e éd., 1861, III, p. 475 et 490.

- ROLLY. — Adenomyoma uteri mit Uebergang in Carcinom und Metastasenbildung (*Virch. Arch.*, 1897, vol. CL, p. 555).
- ROSINSKI. — Lymphangiektasisches Adenomyom des Lig. latum (*Centralbl. f. Gyn.*, XXIII, p. 1545).
- VON ROSTHORN (A.-E.). — Zur klinischen Diagnose der Adenomyome (*Med. Klinik.*, 1905 n° 9).
- Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von den Adenomyomen (*Münch. med. Woch.*, 1905, LIII, n° 16, p. 774).
- RUGE (C.). — *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1889, XVII, p. 330.
- Ueber Adenoma uteri malignum (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, XXI, et *Verh. der Gesell. f. Geb.*, 1894, p. 45).
- RULAND. — Thèse médecine, Munich, 1900 (Cas d'Amann, ref. *Ergebnisse des allg. Path., etc.*, VI, p. 994).
- SANTI (E.). — Su due casi di adenomiomi dell'utero (*Archivio italiano di Gin.*, Napoli, 1904, anno 7°, vol. 2, n° 3, p. 105-120).
- SCHAEPPER. — Demonstration eines cystischen submukösen Myoms (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, XLVI, 1901, p. 499).
- SCHATZ (C.). — Ein Fall von Fibromyom cysticum diffusum u. Polyposum corporis et colli uteri (*Arch. f. Gyn.*, 1884, XXII, p. 456).
- SCHICKELÉ (G.). — Die Lehre von den mesonephrischen Geschwülsten (*Zusammenfassendes Referat in Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.*, 1904, XV, p. 261).
- Weitere Beiträge zur Lehre des mesonephr. Tumoren (*Hegar's Beiträge zur Geb. u. Gyn.*, VI, 1902).
- Ueber die Herkunft der Cysten der weibl. Adnexe ihrer Anhangsgebilde u. der. Adenomyome des lateralen Tubenabschnittes (*Virch. Arch.*, 1902, vol. CLXIX, p. 44-117 et 163-183, Bibliog.).
- SCHOTTLANDER (J.). — Ueber drüsige Elemente in Fibromyomen des Uterus (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, XXVII, p. 321).
- SCHROEDER (E.). — Ein Fall von Tubenwinkeladenomyomen u. Tubenadenomyom (*Verhandl. der Ost. u. Westpreus. Geb. f. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, XXI, Heft 5, p. 690).
- SCHÜTZE. — Beitrag zur Kenntniss der diffusen Adenome im Myometrium (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1907, LVI, p. 16-35).

- SEMMELINK et JOSSELINE DE JONG. — Beitrag zur Kenntniss der Adenomyome des weiblichen Genitalapparates (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1905, XXII, Heft 2, p. 234-269).
- STEIN. — Ueber adenomatöse Wucherungen der Tubenschleimhaut bei chronischer Tuberkulose u. Gonorrhoe der Tube (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, XVII).
- STRATZ (L.). — Adenomyome (*Niederland Gyn. Gesel. Ref. in Centralbl. f. Gyn.*, n° 42, p. 1905).
- SWITALSKI (L.). — Ueber das Verhalten der Uterinenreste bei weiblichen Embryonen u. Kindern (*Anzeiger d. Akad. d. Wissenet in Krakau*, 1898).
- *Adenomyomata uteri* Przegląd lekarski, 1900.
- TATE WALTER. — Two cases of diffuse adenomyom of the uterus (*Transact. of the obstetrical society of London*, vol. XLVI, part II, 1904).
- TAYLOR, FRANK (E.). — A case of adenomyome of the uterus (*Transact. of the obstetrical society of London*, 1904, part. II, vol. XLVI, p. 188).
- TERRILLON. — Fibrome kystique volumineux de l'utérus (*Rev. de chirurgie*, 1886, VI, 664).
- THUMIM (L.). — Ueber die adenomatöse Hyperplasie cervikaler Drüsenanhang des Gartnerischen Ganges (*Arch. f. Gyn.*, 1900, LXI, p. 15-35).
- TRETMAYER (J.). — Zur Kasuistik der Adenomyome (thèse, Greifswald, 1903; ref. in *Centralbl. f. Gyn.*, 1903, XXVII, p. 1367).
- TOURNEUX (F.). — Des Restes du corps de Wolff chez l'adulte (mammifères) (*Bull. scient. du départ. du Nord*, 1882).
- L'Organe de Rosenmüller (Epoophore) et le paroovarium (paroophore) chez les mammifères (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1888).
- ULEZKO-STROGANOVA (K.-P.). — Cystic tumour of the round lig. (*Vratch.*, 1897, p. 1162).
- VARALDO (F.-R.). — Sugli adenomiomi e cistadenomi dell'utero e delle tubi (*Annali di Ostetr. e. Ginec.*, Milano, 1905, anno 27, n° 12, p. 618-633).
- VASSMER (W.). — Ueber Adenom. und Cystadenombildung Mesonephrischer Herkunft im Ovarium u. Uterus (*Arch. f. Gyn.*, 191, LXIV, Heft 1, p. 78-97).
- Zur Pathologie des Lig. rot. uteri u. des Processus vaginalis peritonei (*Arch. f. Gyn.*, 1902, LXVII).
- VÉDRINE. — Cas de dysménorrhée au cours d'un cystadénome

développé dans une corne utérine rudimentaire
(*Vratsch*, L, n^{os} 7-8).

VEIT (J.). — *Handbuch des Gynäkologie* (J.-F. Bergmann, Wiesbaden, 1907, I).

VOIGT (M.). — Ueber Drüsenbildung in Myomen (*Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, III, p. 9).

WEINBRENNER. — Adenomiomatosa Uterus (*Münch. med. Woch.*, 1903, n^o 5).

WHITRIDGE WILLIAMS. — Contrib. of the origin of adenomyoma of the uterus (*Annales of Gynaec.*, January, 1905, p. 15-17).

WIENER (M.). — Ein Adenomyom mit papillärer Auflagerung (*Mon. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, XVI, p. 131).

VINTER (G.). — Die malignen u. benignen Degenerationen der Uterusmyome (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1906, LVII).

WÜLFING. — Zur Pathologie der Geschwulstbildung im weiblichen Geschlechtesapparat (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1901, XLIV, p. 1).

ZIELER et FISCHER. — Leiomyom u. Adenomyom (*Ergeb. der allg. Path. Anat.*, 1904-1905, Bd. X, p. 704).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique	13
CHAPITRE II. — Définition	26
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.	30
CHAPITRE IV. — Classification des adénomyômes du corps de l'utérus	49
CHAPITRE V. — Autres variétés d'adénomyômes	60
CHAPITRE VI. — Particularités de structure des adéno- myômes. Tumeurs malignes	75
CHAPITRE VII. — Histogenèse des adénomyômes	78
CHAPITRE VIII. — Etiologie	96
CHAPITRE IX. — Evolution	100
CHAPITRE X. — Adénomyômes de l'utérus et cancer	105
CHAPITRE XI. — Adénomyôme du corps de l'utérus et tuberculose	118
CHAPITRE XII. — Etude clinique	125
CHAPITRE XIII. — Diagnostic	136
CHAPITRE XIV. — Pronostic	144
CHAPITRE XV. — Traitement	146
CHAPITRE XVI. — Observations	149
CONCLUSIONS	161
BIBLIOGRAPHIE	163

